

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra pedagogiky a psychologie

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Český jazyk – Německý jazyk

**MENTÁLNÍ ANOREXIE – MOŽNOSTI
PREVENTIVNÍHO PŮSOBENÍ ŠKOLY
NA ŽÁKY**

**ANOREXIA NERVOSA – POSSIBILITIES OF
PREVENTION IN SCHOOLS**

Bakalářská práce: 09–FP–KPP– 84

Autor:

Kateřina Škodová

Podpis:

.....

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jedlička Richard, Ph.D.

Počet

stran	Graf	Obrázky	tabulek	pramenů	příloh
68	1	3	0	71	8

V Liberci dne: 27.4.11

Čestné prohlášení

Název práce: Mentální anorexie – možnosti preventivního působení školy na žáky
Jméno a příjmení autora: Kateřina Škodová
Osobní číslo: P07000560

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 27.4.11

Kateřina Škodová

Poděkování:

V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce doc. PhDr. Richardu Jedličkovi, Ph.D za trpělivé vedení a cenné rady, které mi do života udělil. Vřelé díky patří mé rodině a všem, kteří mě při realizaci práce podpořili. Za nezapomenutelnou spolupráci jsem vděčná dívkám, které se mi svěřily se svými nesnázemi a obohatily tak tuto práci.

Anotace:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy a možnostmi preventivně výchovného působení v prostředí školy. Větší pozornost je věnována jen jedné z poruch – mentální anorexii. Téma je zpracováno na základě studia příslušné odborné literatury a vlastního výzkumu. Teoretická část pojednávající o anorexii zahrnuje kapitoly o jejím vzniku, rizicích, léčbě, o postižených dívkách, jejich sociálním okolí a o prevenci. Následují kapitoly týkající se metodologie kvalitativního výzkumu a zakotvené teorie. Věnuji se v nich kvalitativnímu výzkumu obecně a metodám použitým ve vlastním výzkumu. Dále následuje popis mé výzkumné činnosti. Jedná se o kvalitativní obsahovou analýzu s prvky kvantitativního výzkumu a případové studie. V obecném shrnutí jsou obsaženy získané poznatky, které považuji za klíčové pro návrh preventivně výchovného programu. Návrh programu je součástí závěrečné kapitoly.

Klíčová slova:

Mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, prevence, obsahová analýza, kvalitativní výzkum, případové studie.

Annotation:

This bachelor's thesis deals with eating disorders and the possibilities of preventive educational activities in the school environment. Main focus of the paper is on one of the disorders - anorexia nervosa. The topic of the work is dealt with on basis of the literature studying and my own research. The theoretical part about anorexia includes chapters about its development, hazards and treatment, about affected girls, their social environment and possible prevention. Following chapters are concerned with a qualitative research methodology and grounded theory. Qualitative methods of research in general are introduced in these chapters with main focus on the methods used in my own research. The research itself is introduced in the practical part preceding the final chapter. This is followed by a description of own research activities such as a qualitative content analysis with elements of the quantitative research and case studies. The general summary includes obtained pieces of knowledge which I consider crucial for designing the preventive educational program.

Key words:

Anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, prevention, content analysis, qualitative research, case studies.

Annotation:

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Problematik der Magersucht, Essstörungen und mit den Möglichkeiten der Prävention im Schulbereich. Das Thema ist aufgrund der Fachliteratur und eigener Forschung bearbeitet. Der theoretische Teil über Anorexie enthält Kapitel über ihr Entstehung, Risiken, Behandlung, die betroffenen Mädchen, ihr Sozialumfeld und über die Prävention. Die folgenden Kapitel behandeln die qualitativen Forschungsmethoden und die gegenstandsbezogene Theoriebildung. Darin widmen wir uns der qualitativen Forschungsmethoden im Allgemeinen und vor allem der eigenen Forschung. Dies wird durch die Beschreibung meiner Forschungsaktivitäten verfolgt. Es handelt sich um die qualitative Inhaltsanalyse mit den Elementen der quantitativen Forschung und Fallstudien. In einer allgemeinen Zusammenfassung werden gewonnene Erkenntnisse enthalten, die ich als entscheidend für den Vorschlag eines Präventiv- und Bildungsprogramm halte.

Schlüsselwörter:

Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Essstörungen, Prävention, qualitative Inhaltsanalyse, qualitative Forschung, Fallstudien.

Obsah

1	ÚVOD.....	10
2	TEORETICKÁ ČÁST	12
2.1	Obecně o anorexii a poruchách příjmu potravy.....	12
2.1.1	Vznik poruch	17
2.1.1.1	Sociokulturní vlivy	18
2.1.2	Rizika poruch.....	22
2.1.3	Možnosti léčby	23
2.2	Anorexie a dívky v sociálním kontextu.....	24
2.2.1	Ohrožené dívky	25
2.2.2	Rodina, partneři a přátelé.....	27
2.2.3	Lékaři, učitelé a škola.....	28
2.3	Prevence.....	30
3	METODOLOGICKÁ ČÁST	34
3.1	Kvalitativní výzkum obecně.....	34
3.1.1	Kvalitativní výzkumné metody	34
3.1.1.1	Případové studie	35
3.1.1.2	Kvalitativní obsahová analýza.....	36
3.1.1.3	Zakotvená teorie	37
3.2	Teoretické a metodické zpracování vlastního výzkumu.....	38
3.2.1	Přípravná fáze, určení výzkumného problému a výzkumné otázky.....	39
3.2.2	Metody výzkumu, strategie výběru materiálu	39
4	PRAKTICKÁ ČÁST	41
4.1	Analýza časopiseckých článků a webů se vztahem k poruchám příjmu potravy.....	41
4.1.1	Kódování a zobrazování dat, primární analýza	42
4.1.2	Sekundární analýza.....	46
4.1.3	Terciární analýza	52
4.2	Případové studie	53
4.2.1	Kazuistika A. B.	53
4.2.2	Kazuistika M. N.....	55
4.2.3	Kazuistika S. T.	58
4.2.4	Shrnutí poznatků z případových studií	62
4.3	Shrnutí a návrh preventivně výchovného programu.....	64
5	ZÁVĚR PRÁCE.....	67
5.1	Závěry výzkumu a doporučení	68

Seznam použitých zkratk a symbolů

AABA: American Anorexia and Bulimia Association

AN: anorexia nervosa (mentální anorexie)

apod.: a podobně

atd.: a tak dále

BMI: body mass index

BN: bulimia nervosa (mentální bulimie)

CNS: centrální nervová soustava

cca: circa, přibližně

č.: číslo

ČR: Česká republika

DSM – IV: čtvrtá revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch

in: v

kol.: kolektiv

MKN-10: desátá revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

MPP: Minimální preventivní program

MŠ: mateřská škola

MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

nakl.: nakladatelství

např.: například

popř.: popřípadě

PPP: poruchy příjmu potravy

resp.: respektive

s.: strana

SAPPP: Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy

SŠ: střední škola

st.: století

SZÚ: Státní zdravotní ústav

tis.: tisíc

tj.: to je

tzn.: to znamená

tzv.: takzvaně

UK: Univerzita Karlova v Praze

ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VŠ: vysoká škola

vyd.: vydání

ZŠ: základní škola

MENTÁLNÍ ANOREXIE
MOŽNOSTI PREVENTIVNÍHO PŮSOBENÍ
ŠKOLY NA ŽÁKY



1 Úvod

Téma poruch příjmu potravy (dále PPP) plní v dnešní době stránky mnohých titulů, časopisů i webů množstvím různých názorů, postojů, pohledů, v neposlední řadě i výzkumů a dalšími fakty o těchto onemocněních. Jejich závažnost spočívá v ohrožení zdraví i lidského života, které není bezprostředně nevyhnutelné, o to více je tato problematika pro dnešní společnost, dá se říci, absurdní. V lékařství se dějí skutečné zázraky, ale i přesto umírají lidé, kteří „nemusí“. Duševní život člověka je oblastí tak rozsáhlou a natolik subjektivní, že není možné zobecnit a jednoduše definovat příčiny vzniku jídelních poruch. Mnoho autorů zabývajících se mentální anorexií uvádí, že se na vzniku onemocnění podílí zpravidla více činitelů či vlivů biologických, sociálních i psychologických. Tyto faktory se mezi sebou prolínají a násobí. S ohledem na různé individuální okolnosti vzniku poruch příjmu potravy se některé momenty mohou ve více případech shodovat. Jsou jimi např. stresující události a zkušenosti, odehrávající se převážně v dětství. Ty samozřejmě určitým způsobem ovlivňují osobnost jedince i jeho vnímání společenských a kulturních souvislostí, které může být následně zkreslené. Základní příčinou je, dle mého názoru, zvládání stresu a napětí, v případě PPP spíše nezvládání. Jako studentka jsem měla možnost pozorovat u kolegů nechuť k jídlu, která byla zapříčiněna krizovými situacemi, jako např. rozchod s partnerem, nepřiměřený stres ve škole, problémy v rodině apod.

„Problémy, s nimiž se lidé dnes a denně běžně setkávají, někteří vnímají jako cosi nepatřičného, a strasti, které jsou s jejich řešením spojené, v řadě případů chápou jako zlomyslnou nepřízeň osudu. Nepříjemné pocity, jež neodmyslitelně souvisí s tíživou životní situací (jako lítost, hněv, zklamání, bezmocnost, provinění, zoufalství, strach či úzkost), jsou občas srovnatelné s prožitky velké fyzické bolesti, jako bychom byli zraněni. A je pochopitelné, že mnozí lidé se jim snaží spíše utéci, než aby je protrpěli.“¹ Každý se postaví k životním nesnázím vlastním osobitým stylem. Když se člověk nedokáže postavit problémům zodpovědně a utíká před nimi, uchýlí se k vlastnímu zástupnému řešení jako např. trýznění se hladověním, které může propuknout až v jídelní poruchy.

Za zobecněné příčiny vzniku poruchy příjmu potravy považuje mnoho autorů (Např.: Leibold, Papežová, Krch, Miovský, ...) přehnaný ideál štíhlosti, změnu v pojetí

¹ JEDLIČKA, 2000, s. 29.

úlohy ženy, emancipaci a v neposlední řadě také nadbytek potravin v západních kulturách. Nová studie Hany Papežové udává výskyt mentální anorexie a jiných podob PPP i v zemích východu, což popírá předchozí tvrzení. Jídelní poruchy nejsou výlučným syndromem západní společnosti, ale objevují se po celém světě, kam západní kultura proniká.

Vybrala jsem si právě tuto problematiku nejen z osobního zájmu a vlastní zkušenosti, ale také proto, že jako možná budoucí pedagožka pravděpodobně mohu být svědkem tohoto onemocnění. Není výjimkou, že se na ZŠ vyskytne náběh na nějakou z poruch příjmu potravy. Hrozí i vážnější zasažení a v nejhorších případech může končit až smrtí. Nemohu neuvést, že jsem si tímto komplikovaným onemocněním sama prošla, právě má osobní zkušenost mě totiž vedla k výběru tohoto tématu.

Na základě studia odborné literatury se s poruchami příjmu potravy seznámíme v teoretické části práce. Uvedené poznatky byly získány na základě studia příslušné odborné literatury. Hlavním přínosem kapitoly Obecně o anorexii a poruchách příjmu potravy je přehled této problematiky. Podkapitoly obsahují informace o vzniku poruch a především o sociokulturních faktorech, o kterých se v současnosti hojně diskutuje. Popisována jsou možná rizika a léčba poruch. Teoretická část přináší dále poznatky o ohrožených dívkách a jejich blízkých. Pozornost je věnována i lékařům, učitelům a škole. Nedílnou součástí je kapitola o prevenci poruch příjmu potravy a současném stavu u nás.

V metodologické části práce je stručně popsán kvalitativní výzkum. Přiblížím se kvalitativním metodám užitým v praktické části. V této kapitole je připravena půda pro vlastní výzkumné snahy. V následujícím oddílu práce se věnuji vlastní výzkumné činnosti. Cílem této práce je návrh preventivně výchovného programu. K jeho dosažení jsem zvolila cestu kvalitativní obsahové analýzy časopiseckých článků. Další výzkumnou část tvoří kvalitativní případové studie. Výše jmenované metody jsou zastřešeny zakotvenou teorií. V závěru práce se nalézá vedle celkového shrnutí doporučení pro praxi. Mimo jiné budou zodpovězeny výzkumné otázky položené v kapitole o teoretickém a metodickém zpracování vlastního výzkumu. Praktický přínos práce tkví v zaměření na prevenci poruch příjmu potravy. Domnívám se, že této problematice stále není věnován dostatek pozornosti.

2 Teoretická část

2.1 Obecně o anorexii a poruchách příjmu potravy

Mentální anorexie či anorexia nervosa (dále AN) je jedna z poruch příjmu potravy, maniakálních poruch příjmu potravy², jídelních poruch či psychogenních poruch příjmu potravy.³ Název vznikl původně z řečtiny přidáním záporné předpony an- ke slovesu órexis, což znamená toužit, a bývá překládán jako nechutenství, doplněné o přídavné jméno mentální, řecky mentis či mens.⁴ Používá se také označení s latinským přívlastkem nervosa, nevhodně poukazující na nervový původ. Vedle mentální anorexie se nejčastěji vyskytuje jiná forma poruch příjmu potravy, a to mentální bulimie. Jde o poruchy postihující především adolescentní dívky a mladé ženy, ve výjimečných případech i muže naší populace.

Jak píše jeden z významných starších českých odborníků na tuto problematiku František Faltus⁵, již Hippokrates v 5. st. př. n. l. se zmiňuje o poruchách příjmu potravy a označuje je jako „lithia“. Označení anorexia užil v historii pravděpodobně jako první Galen ve 2. st. n. l. Italští autoři označují jako prvního, kdo popsal klinický obraz choroby charakterizované především nechutenstvím a nápadným vyhubnutím, janovského lékaře Simone Porta z Portie, jenž žil kolem roku 1500. Všeobecně se však jako první cituje popis Richarda Mortona, o kterém se zmiňuje ve svém příspěvku Otokar Janota. Z prací odborníků 19. st. se v Anglii ujalo označení nejprve aepsia hysterica, později „anorexia nervosa“. Ve francouzském prostředí zdomácněl termín mentální anorexie.⁶

Od konce 19. st. se zájem o tuto problematiku postupně stále zvyšoval, až vyústil v 60. letech, jak píše Krch a kolektiv v knize Poruchy příjmu potravy, v pověst „moderní“ a „záhadné“ choroby a k původním definicím přibýly ještě dva podstatné rysy: „neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla“. U nás se jako první zabývali onemocněním mentální anorexie Jonáš a Janota.⁷ Faltus založil na Psychiatrické klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze proslulou a světoznámou jednotku pro léčbu poruch příjmu potravy u nás.⁸

² LEIBOLD, 1995, s. 8.

³ KOCOURKOVÁ, 1997, s. 9.

⁴ JEDLIČKA, 2003, s. 142.

⁵ FALTUS, 1979, s. 6–7.

⁶ JANOTA, 1956, s. 5.

⁷ FALTUS, 1979, s. 116.

⁸ Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN [online].

Některé klíčové momenty v historii PPP od Galéna až po nedávnou dobu jsou popsány v knize *Klinická výživa v psychiatrii*. Autoři se v bodech zaměřují na terminologii v lékařství a psychologii, výskyt poruch příjmu potravy a na módní trendy.⁹ V souvislosti s historií poruch příjmu potravy zmiňuje Hana Papežová skutečnost spojenou se ztrátou váhy, popsanou již v historických lékařských záznamech, kdy se jedné nevolnici znechutilo jídlo po zvracení zapříčiněném přejedením, a začala držet přísný půst. Středověké ženy držely půst, protože věřily, že budou před Bohem lepšími, ctnostnějšími.¹⁰ Takovýchto podobných případů bychom v dějinách našli zajisté velké množství. Obdobné příklady hladovění uvádí i Faltus, kdy Gándhí a jeho následovníci odmítali jídlo v zájmu získání nezávislosti pro Indii a britské sufražetky se snažily hladovými stávkami urychlit přiznání svých práv, stejně jako mnozí političtí vězňové za normalizace. Tyto příklady ilustrují vynucovací charakter vědomého nepřijímání potravy, které je však efektivní pouze ve vztahu k partnerovi reagujícím podle očekávání.¹¹ Důvody k dobrovolnému hladovění nejsou jen individuální záležitostí, jak se ukázalo, ale i skupinovou. V případě PPP vychází však hlavní iniciativa z nitra jedince.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR zařazuje k poruchám duševním a k poruchám chování syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami asomatickými faktory (F50–F59), mezi nimi i PPP (F50.0–50.9): mentální anorexie, mentální bulimie, atypická mentální anorexie, atypická mentální bulimie, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy a porucha příjmu potravy NS.¹²

Anorexie (mentální anorexie, anorexia nervosa) je syndrom usilovného, cílevědomého snižování tělesné váhy, které se stává pro pacienty jediným životním cílem.¹³ Omezují příjem potravy na co nejnížší množství a snaží se zvyšovat tělesnou aktivitu. Nepatří sem ztráta chuti k jídlu.¹⁴ Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu vzniká většinou důsledkem hladovění.¹⁵ Podobně napsal o anorexii Faltus, že odmítání jídla mající aktivní charakter je základním příznakem onemocnění. „Pocit hladu je fyziologická potřeba, vrozená

⁹ NAVRÁTILOVÁ, ČEŠKOVÁ, SOBOTKA, 2000, s. 152–154.

¹⁰ PAPEŽOVÁ, 2000, s. 12.

¹¹ FALTUS, 1979, s. 9.

¹² ÚZIS ČR [online].

¹³ PAPEŽOVÁ, 2000, s. 10.

¹⁴ ÚZIS ČR [online].

¹⁵ KRCH, 2002, s. 23.

a nenaučená, vznikající z nedostatku přijímané potravy. Tato potřeba je uspokojována jídlem a mění se v pocit sytosti. Chuť k jídlu je záliba v určitém druhu jídla, jednak vrozená, jedna naučená. Hlad a chuť k jídlu se normálně projevují společně, vzájemně se stimulují a inhibují. Pocit hladu se může déletrvajícím hladověním zmenšovat a může až vymizet, jestliže je hladovění úplné. Částečné hladovění na druhé straně vede k trýznivému pocitu hladu, který ovládá myšlení a jednání člověka.¹⁶ To při dlouhodobém onemocnění touto poruchou platí velmi výrazně.

Fyziologické řízení chuti k jídlu, hladu a tělesné hmotnosti je velmi složitý mechanismus. Aktuálně se při studiu PPP stále více zaměřuje pozornost na roli serotoninu, který zprostředkovává pocit sytosti a částečně reguluje příjem sacharidů. AN je spojena se zvýšenou senzitivitou nebo zvýšenou koncentrací serotoninu, následným omezením příjmu jídla a poklesu tělesné hmotnosti.¹⁷

Souhrnná diagnostická kritéria pro AN dle MKN-10 jsou následující: tělesná váha se pohybuje pod 15 % předpokládané váhy nebo body mass index (dále BMI) je 17,5 a méně; pacient/ka si snižuje váhu sám/a; vyskytuje se specifická psychopatologie, a to přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podvaze; dále u žen amenorea (vynechání menstruace) a u mužů ztráta sexuálního zájmu; začne-li před pubertou, je opožděn či zastaven růst a pubertální vývoj. Dle DSM-IV je AN ještě rozdělena na restriktivní a purgativní typ. Klasické omezování příjmu potravy spadá pod restriktivní typ, zatímco purgativní typ je ještě spojen se zvracením a jinými patologickými mechanismy snižování váhy.¹⁸

Mentální bulimie nebo také bulimia nervosa (dále BN) je porucha typická opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy. Mezi základní znaky bulimie patří: opakující se epizody přejídání a ztráta kontroly nad jídlem, přílišná kontrola váhy pomocí zvracení, používání projímadel a léků na odvodnění, strach z tloušťky a nadměrný zájem o tělesný vzhled a hmotnost.¹⁹ Mnohé psychologické rysy této poruchy se shodují s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla.

Atypická mentální anorexie vykazuje poruchy, které splňují některá kritéria mentální anorexie, ale celkový klinický obraz neopravňuje k této diagnóze. Například některý z klíčových příznaků jako strach ze ztloustnutí nebo amenorea nejsou přítomny,

¹⁶ FALTUS, 1979, s. 20.

¹⁷ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 57 a s. 117.

¹⁸ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 126–127.

¹⁹ KRCH, 2002, s. 25.

ale je výrazný váhový úbytek a chování, směřující k redukci váhy.²⁰ Podobně atypická mentální bulimie nemá základní znaky, ale v některých bodech se podobá mentální bulimii.

„Způsoby ztráty váhy dívek s jídelními poruchami jsou odlišné. Zhruba polovina patientek se věnuje extrémnímu výdeji energie cvičením a omezováním příjmu potravy. Ostatní pacientky zvrací, užívají odvodňovací, projímavé či dietní přípravky. Hranice mezi anorexií nervosou a další z poruch příjmu potravy, bulimií nervosou, jsou většinou neostře, často tyto formy onemocnění přecházejí jedna v druhou a jejich smíšení ještě násobí zdravotní problémy.“²¹ Někteří autoři pro toto přelévání nemocí používají pojem bulimarexie.²²

V problematice PPP vzniká i množství dalších nových diagnóz jako ortoexie (je patologická posedlost zdravou výživou), bigorexie (jinými slovy Adónisův komplex, nebo také „adonýský syndrom), drunkorexie (vyznačuje se opakovanou redukcí příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více vysoce kalorického alkoholu). O bigorexii se zmiňuje ve své nové odborné publikaci Hany Papežová a navrhuje pro něj diagnostická kritéria DSM – IV. „Jedinec se zvýšeně zabývá myšlenkou, že jeho svaly nejsou dostatečně veliké a bez tuku. Ve zvláště těžkých případech, kdy pod vlivem chronického předávkování androgenů dochází k bludům a delikventním poruchám, se hovoří o tzv. „kulturistické psychóze“. Toto bigorektické zaujetí je charakterizováno nejméně 2 z následujících 4 kritérií: 1. často vynechává sociální, pracovní a rekreační aktivity kvůli kompulzivnímu cvičení a dietnímu rozvrhu, 2. vyhýbá se situacím, kde by jeho tělo mohlo být pozorováno, nebo při nich je výrazně ve stresu a prožívá úzkost, 3. zaujetí nedostatečnými tělesnými rozměry a muskulaturou přináší klinicky významný distres a zhoršení sociálních, pracovních i jiných oblastí života, 4. jedinec pokračuje s cvičením, dietami a užíváním látek na zvýšení výkonnosti, přestože má nežádoucí fyzické nebo psychické následky. Ojedinelé publikované kazuistiky u nás i ve světě dokládají oprávněnost klinického zájmu o problematiku a popisují psychiatrickou symptomatiku a její souvislost s ostatními diagnostickými subtypy PPP.“²³

Zhotovení statistik či určení počtu jedinců s poruchami příjmu potravy je velmi problematické, neboť jen určitý počet ohrožených osob vyhledá odbornou péči a může být

²⁰ ÚZIS ČR [online].

²¹ PAPEŽOVÁ, 2000, s. 11.

²² HORT, 2008, s. 263.

²³ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 130-131.

zaznamenán. O ostatních případech se můžeme dozvídat jen velmi těžko. Přejít mezi normální a klinickou populací, tzv. „subklinickou“ populací, je poměrně plynulý. Mezi oběma póly se nachází mnoho žen, které jeví příznaky klinického obrazu, nicméně nesplňují klinickou normu pro diagnózu PPP.²⁴

Informace ohledně počtu pacientů, kteří museli být hospitalizováni, uvádí ÚZIS ČR. V roce 2008 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních hospitalizováno celkem 419 pacientů. Téměř 58 % pacientů bylo léčeno s diagnózou mentální anorexie, více než 23 % s diagnózou mentální bulimie a 9 % s diagnózou atypická mentální anorexie. Ostatní diagnózy tvořily necelých 10 % z celkového počtu pacientů s PPP. Během let 2004 až 2008 vzrostl podíl hospitalizací pacientů s diagnózou mentální anorexie z 53 % na 58 % a podíl hospitalizací s diagnózou mentální bulimie poklesl z 33 % na 23 % (viz Příloha 5, Graf 1). Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, byly diagnostikovány častěji u žen. Muži se podíleli na celkovém počtu hospitalizací v průměru 5 %. V roce 2008 z celkového počtu hospitalizací s diagnózou mentální anorexie tvořilo v průměru 17 % pacientů ve věku do 15 let, téměř 34 % pacientů ve věku 15–19 let, 35 % pacientů mezi 20–24 lety a mezi 25–29 lety. Dle údajů ÚZIS je typickým pacientem s PPP svobodná, studující popřípadě nepracující dívka ve věku 15–19 let.²⁵

I v dřívějších studiích se uvádí především výskyt 15–30 let, výjimečně jsou poruchou postiženy ženy ve stáří a muži. Ve Faltusově studii nalezneme příklady dvou starších žen ve věku 75–85 let a dvě kazuistiky mladých mužů trpících mentální anorexií.²⁶ Podle statistiky SZÚ z let 1997–2000 bylo s diagnózou mentální anorexie hospitalizováno 20 pacientů ve věku 65–85 let.²⁷

American Anorexia and Bulimia Association (AABA) odhaduje, že každý rok zemře na PPP 1000 lidí. Asi 1 % dívek mezi 11–19 lety ročně onemocní AN, z nichž do roka zemře až 10 %.²⁸

„Fisher zhodnotil více než 100 studií zabývajících se dlouhodobým průběhem PPP se závěrem, že v průběhu 5 až 10 let se přibližně 50 % všech nemocných uzdraví, 30 % se zlepší, avšak některé příznaky přetrvávají, a u 20 % je možné pozorovat plné přetrvání příznaků nebo jejich prohloubení. Strober a kolektiv, kteří sledovali

²⁴ NOVÁK, 2010, s. 49–50.

²⁵ NECHANSKÁ, [online], 2010.

²⁶ FALTUS, 1979, s. 68.

²⁷ SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, 2004, č. 5, s. 15–19.

²⁸ NOVÁK, 2010, s. 11.

95 mentálních anorektiček, konstatovali úplné uzdravení u 50 % pacientek po 6 letech a přibližně u 75 % po 12 letech sledování. I když se úmrtnost u mentální anorexie postupně snižuje, pohybuje se ve většině studií v rozmezí mezi 2 až 8 %, což stále dělá z mentální anorexie jednu z nejletálnějších duševních poruch.²⁹

2.1.1 Vznik poruch

Proč se právě ztráta váhy stane pro postižené jedinou možnou životní cestou, je otázkou do značné míry individuální. Existují však důvody pro většinu pacientů podobné, může jimi být: rodinná krize, rozvod rodičů, vážná nemoc či ztráta příbuzného, alkoholismus nebo jiná závislost v rodině, předčasný odchod z domova a mnoho dalších příčin. Anorexia nervosa je psychosomatické onemocnění, kdy pacient začal extrémně hubnout po určitých psychických stavech, pocitu neštěstí a stresu, které vznikaly na základě souhry mnoha okolností a faktorů. „Pojem psychosomatická nemoc zřejmě poprvé použil lékař Heinroth v roce 1818 v souvislosti s poruchami spánku.“³⁰ „Vídeňský psychoanalytik Felix Deutsch se jako první zabýval termínem psychosomatika, který vyjadřuje vícečetné pojetí příčinnosti při vzniku a rozvoji určitých onemocnění.“³¹ Nelze jednoznačně říci, co je jejich příčinou. Zpravidla se na jejich vzniku podílí souhrn několika faktorů, proto se užívá termínu multifaktoriální.³² I když jsou psychosomatické poruchy příjmu potravy v určitých projevech známy déle, přesnější diagnostice a léčbě se věnují odborníci intenzivněji v posledních desetiletích. Za tu dobu vzniklo mnoho různých příruček a odborných publikací o této problematice.

Za významné příčiny ztráty váhy se obecně považují především soudobé kulturní a společenské okolnosti, osobnostní rysy jedince, vliv rodiny a uvažuje se také o genetickém riziku.

„Při vzniku anorexie tvoří genetický podíl 50–90 %.“³³ „Z aktuálního pohledu genetické studie již prokázaly genetické determinanty u PPP, podobně jako u dalších psychických poruch, deprese a alkoholismu, se výzkumníci shodli, že jedna „velká příčina“ asi neexistuje, a pragmaticky se rozhodli klást si strmější cíle: velká část psychiatrického

²⁹ KRCH, 2004, s. 14.

³⁰ CHVÁLA, TRAPKOVÁ, 2004, s. 27.

³¹ JEDLIČKA, 2003, s. 139.

³² HORT, 2008, s. 266.

³³ PAPEŽOVÁ, 2003, s. 21.

výzkumu se nyní věnuje hledání tzv. rizikových faktorů, okolností, které nemoc přímo nezpůsobují, ale zvyšují pravděpodobnost onemocnění.“³⁴

Ke vzniku nemoci mohou přisívat určité charakterové vlastnosti osobnosti. Mezi rizikové povahové rysy patří například perfekcionismus, zranitelnost či malá sebejistota, nestálost, která je kompenzovaná přehnanou stabilitou a kontrolou nad jídlem, puritánství, asketismus a sebetrestání. Jedinci se sklonem k výše jmenovaným projevům mohou být náchylní k psychosomatickým onemocněním.³⁵ V dnešní době je moderní východní způsob života v různých podobách a s ním spojený životní styl, vyžadující určitou míru askeze. Díky odříkávání a přísné sebekontrolě se odpoutáváme od pudových potřeb a tím se povyšujeme nad živočichy, právě tato důsledná kontrola je v případě nemocných nebezpečná.

2.1.1.1 Sociokulturní vlivy

Vedle biologických a psychologických faktorů přispívajících ke vzniku onemocnění jsou nejvíce diskutovány kulturní a společenské vlivy. Hojnost, dobré potravní zajištění dnešních vyspělých států a v souvislosti s tím tzv. deritualizace jídla mohou nést určitý podíl na vzniku PPP.³⁶ „V tomto ohledu Vondráček píše, že jídlo dříve platilo za cosi posvátného, lidé se před jídlem modlili k jednomu nebo více bohům. Vytvořila se řada pověr v souvislosti s různými potravinami. Jídlo je přerušením jednotvárnosti, odloučenosti, je to prostředek proti zklamání, pocitu méněcennosti, pocitu viny, proti nejrůznějším obavám. Je náhradou za lásku, za ztrátu, umožňuje únik z životní reality, dodává odvalu, radostné pocity, je odměnou za dobrou práci, vynahrazením si něčeho, co není, ale co by mělo být. Každá dieta je pro pacienta ztrátou hodnot, traumatem, jehož velikost závisí na osobnosti pacienta a kvalitě diety.“³⁷ Novým trendem v souvislosti s potravou se stala tzv. sexualizace potravy. Hlavní podíl na přisuzování sexuálního významu potravě a zobrazování jídla v sexuálním kontextu mají média, především reklamy, např.: koláč je lepší než sex, neodolatelné vzrušení apod.³⁸ V tomto kontextu si dívky, nadměrně se zabývající potravou, jídlo tabuizují, podobně jako sexuální záležitosti.

³⁴ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 58–59, s. 62.

³⁵ PAPEŽOVÁ, 2003, s. 24.

³⁶ HORT, 2008, s. 266.

³⁷ FALTUS, 1979, s. 21.

³⁸ NOVÁK, 2010, s. 68.

Dalším kulturním aspektem je váha člověka. Vyšší tělesná hmotnost znamenala a v některých kulturách dosud znamená zvýšený životní standard, náležitost k vyšší sociální vrstvě. S nástupem střední třídy došlo k homogenizování společnosti a tím se situace stala nepřehlednou.³⁹ V současnosti konotuje vyšší váha ve většině vyspělých kultur negativní postoje. Už i Faltus v minulém století psal o vlivu médií tak, že obezita je v posledních desetiletích velmi kritizována, je prohlašována za zdraví škodlivou, za urychlující stárnutí a zdůrazňuje se, že neesteticky deformuje tělo. „Tyto názory publikované v časopisech, novinách, rozhlase a televizi značně ovlivňují názory nemocných, kteří se krajně nekriticky zaměřují na snižování váhy.“⁴⁰ Kulturní postoje k fyzické kráse mohou přispívat ke vzniku vážných onemocnění i extrémní štíhlosti, jak bylo podobně vyžadováno v historii, např. podvazování nohou v Číně, nošení kovových korzetů v 19. st. nebo romantizace a idealizace tuberkulózy.⁴¹ Západní ideje štíhlosti mají podobu skutečné epidemie, která pohlcuje slabší kultury, tím se ukazuje mocný vliv západních hodnot. „Všechny kultury, ve kterých se vyskytují PPP, mají ideál štíhlosti. Žádná kultura, která nemá tento ideál, jídelní poruchy nevykazuje.“⁴² Západní společenství je orientováno spíše na štíhlost, na bojovníky sumo se naše společnost dívá jinak než asijské státy, kde si jich vysoce cení. Kult Věstonické venuše se nám dnes zdá naprosto nepochopitelný. Často nás obklopují ženy spíše vyhublejší, modelky, moderátorky, herečky, i když se v současnosti vyskytují i tendence opačné, tedy podporování žen plnoštíhlých až obézních, ty jsou ale stále zanedbatelné. Aby se ideál vyhublých modelek stal přežitkem, je důležitá změna ženského vzoru společnosti, jde ale o proces nesmírně složitý a dlouhodobý, vycházející z pohledu každého jedince. Stále se bohužel setkáváme s podobou ženských časopisů, které v každém čísle obsahují informace o dietách, zdravém životním stylu a další tipy k dosažení krásné postavy, trendy stravovacích návyků a zavádějící informace o škodlivosti některých potravin. „Ženské tělo bylo v umění starověkých mytologií pokládáno za objekt krásy. Jak se v průběhu měnil kulturní ideál sexuální atraktivity a krásy, měnilo se i ženské tělo. Dnešní společnost klade rovnítko mezi krásu a štíhlost.“⁴³ „Proměnili jsme kostlivce v bohyně a vzhlížíme k nim, jako by nás mohly naučit, jak nic nepotřebovat.“⁴⁴

³⁹ NOVÁK, 2010, s. 38.

⁴⁰ FALTUS, 1979, s. 22.

⁴¹ NOVÁK, 2010, s. 33.

⁴² NOVÁK, 2010, s. 36.

⁴³ NOVÁK, 2010, s. 45–47.

⁴⁴ NOVÁK, 2010, s. 9.

Někteří zahraniční autoři došli k poznatkům, že chlapci jsou méně ovlivnitelní médii a sociálním prostředím než dívky.⁴⁵ „Ženy trpí PPP desetkrát více než muži. Vysvětlením by mohl být i prostý fakt, že v ženských časopisech je desetkrát více reklam propagujících diety nebo desetkrát více článků o dietách než v časopisech pro muže.“⁴⁶ Důkaz o klíčové roli vizuálních médií v televizi a časopisech v rozvoji poruch příjmu potravy přináší studie dokládající přenos norem a hodnot štíhlosti na mladé lidi, o čemž svědčí např. nízká prevalence poruch body image a PPP u zrakově postižených žen. Oblíbený seriál Přátelé napomáhal popularizaci AN, když nechal vyvěsit v jižní Dakotě billboardy s třemi hrdinkami a slovy: „Rozkošná anorektická děvčata“.⁴⁷

Orbachová píše, že ženy jsou od útlého věku vedeny k tomu, aby své tělo považovaly za obchodní artikl. Poukazuje na to, jakým způsobem je využíváno ženské tělo k humanizaci a prodeji zboží v západní spotřební kultuře. Skutečnost, že jejich tělo se stává předmětem, vytváří u žen problémy s vnímáním obrazu těla. Tento proces, kdy se tělo stává předmětem a zároveň se vzdaluje, dává do souvislosti se vznikem mentální anorexie, kterou popisuje jako „metaforu naší epochy“. Ženy používají své vlastní tělo pro vyjádření nesouhlasu se svým postavením ve světě.⁴⁸

„Výrazně ohroženou skupinou mediálně propagovaným ideálem štíhlosti jsou adolescenti, protože se nacházejí ve stadiu, kdy sbírají informace z vnějšího okolí a formují svou identitu.“⁴⁹

Spitzack píše, že u pacientek s AN je jejich identita determinována z vnějšku. Jedním z nejvýraznějších rysů pacientek s anorexií je sebenenávist. Berthold a Lock zjistili, že adolescenti postižení mentální anorexií ve srovnání s adolescenty bez anorexie projevují vyšší stupeň sebenenávisti, jejímž předpokladem je maladaptivní sebehodnocení. Poměr žen a mužů trpících PPP (10:1) nejspíš úzce souvisí s faktem, že muži mají vyšší sebeúctu než ženy, jak ukázal např. výzkum mezi australskými studenty. Ricciardelli a McCabe zjistili, že ve srovnání s chlapci jsou adolescentní dívky nezávisle na stupni sebeúcty patrně zranitelnější vůči sociálnímu tlaku.⁵⁰

„Proč je krása pro ženy důležitá? Muži ve srovnání s ženami při výběru partnera mnohem více zdůrazňují fyzickou atraktivitu. Protože se ženy střetávají na každém kroku

⁴⁵ NOVÁK, 2010, s. 15.

⁴⁶ NOVÁK, 2010, s. 61.

⁴⁷ NOVÁK, 2010, s. 62–63.

⁴⁸ GROGAN, 2000, s. 51.

⁴⁹ NOVÁK, 2010, s. 16.

⁵⁰ NOVÁK, 2010, s. 20.

se sdělením, že štíhlost se rovná kráse, nezbyvá jim než se společenskému ideálu podřídít, chtějí-li si najít kvalitního partnera. Zdá se, že ženám v kterékoli historické době nezbylo nic jiného, než že se podrobily všem módním diktátům, nebo že správně tušily, že je to fyzický vzhled, který mají muži tak vysoko na žebříčku hodnot. Protože dnešním výrazem krásy se stala štíhlost, není těžké pochopit, proč tolik dívek trpí symptomy PPP.“⁵¹

Jedna americká autorka vtipně glosuje, dokážete si představit svět bez mužů? „Žádná kriminalita. A spousta šťastných, tlustých žen. Žena je akceptována pouze tehdy, pokud je subtilní a nezabírá mnoho prostoru. Je-li objemné postavy, vzbuzuje u mocných pocit ohrožení a raději je prohlášena za ošklivou. Tlusté ženy porušují nepsaná pravidla společnosti, protože jedí samy, místo aby krmily druhé a staraly se o naplnění jejich potřeb. Proto když žena jí, cítí se vinna a trestá se dietami a odřikáním potravy.“⁵²

„Některé ženy investují do získání dokonalého těla tolik, jako by šlo o dlouhodobý existenciální projekt, který má dát životu smysl a emocionální naplnění. Poruchy body image se dnes stávají poměrně běžnými v normální či subklinické populaci, rozhodně nejsou omezené pouze na pacienty s klinicky diagnostikovanými PPP.“⁵³

„Studie prováděná v naší populaci prokázala, že ve 13 letech není 35 % dívek a 13 % chlapců spokojeno se svým tělem, 50 % dívek si přeje zhubnout, 40 % se vědomě omezuje v jídle a 4 % záměrně zvrací.“⁵⁴

Další nedávné studie ukázaly, že i u mužů dochází k nárůstu tělesné nespokojenosti, viz výše bigorexie. „Trend je připisován množícím se fotografiím v populárních časopisech pro muže a vyššímu počtu svalnatých mužů ve filmech. Law a Labre zjistili, že během let 1967–1997 došlo k proměně mužské postavy zobrazované v populárních časopisech. Muži na fotografiích jsou štíhlejší a svalnatější, častěji se objevují muži s širokými rameny. Během tohoto období byli čtenáři vystaveni rostoucímu počtu reklam propagujících svalnatý mužský ideál a článků, které nabízely rady, jak dosáhnout lepší postavy.“⁵⁵

Obavy v oblasti vztahu těla a psychiky nacházíme ve vyšší míře již nejen u žen, problémy přibývají rapidně i u mužů. Určitě by i tato problematika měla být zohledněna v preventivních programech týkajících se PPP pro školy.

⁵¹ NOVÁK, 2010, s. 45–47.

⁵² NOVÁK, 2010, s. 39–40.

⁵³ NOVÁK, 2010, s. 21.

⁵⁴ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 135.

⁵⁵ NOVÁK, 2010, s. 43–44.

2.1.2 Rizika poruch

Největší nebezpečí poruch příjmu potravy tkví v poškození zdraví, v nejhorších případech vedoucí až k úmrtí. Při hladovění je velmi pravděpodobný výskyt některého z následujících zdravotních rizik: horší krevní oběh, precitlivělost na chlad, poruchy spánku, slabý močový měchýř a časté močení, nárůst jemného ochlupení na těle, pomalý pulz, nízký krevní tlak, zeslabení kostí (osteoporóza), zeslabení či úplné vymizení menstruace, zmenšení žaludku, pomalá činnost střev a zácpy, selhávání funkce kostní dřeně (anémie, chudokrevnost), poškození nervů a svalů, častá únava, u dětí se zastavuje růst a puberta, snížení krevního cukru, poškození ledvin a mnohá další zdravotní rizika.⁵⁶ Kocourková uvádí z medicínského hlediska změny v organismu nemocného způsobené nutričním strádáním, např. metabolické poruchy, změny krevního obrazu, neurohormonální odchylky, např. snížená sekrece růstového hormonu a mnohé další. Změny hormonální soustavy vedou k snížení produkce hormonů reprodukčních orgánů a ztráty chuti k pohlavnímu styku u žen, stejně tak i u postižených mužů. „Následky PPP u dětí jsou závažnější v tom, že zasahují do vyvíjejícího se organismu a mohou být celoživotní. V neposlední řadě PPP u adolescentů odsunují proces jejich dospívání a osamostatňování na druhou kolej, někdy jej úplně zastaví.“⁵⁷ „Porucha menstruačního cyklu je součástí diagnostických kritérií u AN, u BN se vyskytuje v 50 % případů a je popsána i u obézních žen.“⁵⁸

„Dle nejnovějších výzkumů mozku je u pacientů s AN a v menší míře s BN pravidelně zjišťován menší rozměr mozku a rozšířené prostory vyplněné mozkomíšním mokem (obraz atrofie mozku). Při akutní fázi onemocnění postihuje atrofie většinu mozku a ubývá i šedé a bílé hmoty. Zatím není jasné, zda je úbytek šedé hmoty mozkové částečně nevratný, anebo jen potřebuje k obnově delší dobu. Při měření aktivity mozku došli odborníci ke zjištění, že mozek u pacientů s PPP funguje méně: průtok krve je nižší, neurony spotřebují méně cukru a odpověď na podněty je zpomalená. Mozek funguje na „úsporný pohon“. Toto platí výrazněji pro AN než AB a částečně, ale ne úplně, se upraví po obnovení zdravé tělesné váhy.“⁵⁹ „Počet dalších prací o kognitivních funkcích a důkazy o jejich poškození stále narůstají. Některé jsou považovány za sekundární jev způsobený

⁵⁶PAPEŽOVÁ, 2000, s. 48–55.

⁵⁷PAPEŽOVÁ, 2010, s. 138.

⁵⁸PAPEŽOVÁ, 2010, s. 222.

⁵⁹PAPEŽOVÁ, 2010, s. 65–66.

hladověním, zatímco jiné abnormality počátku onemocnění předcházejí a přetrvávají i po uzdravení.“⁶⁰

Některé pacientky trpící mentální anorexií kontrolují či snižují svou váhu vedle hladovění nadměrným pohybem, což může vést k vyčerpání, poškození svalů a kloubů.

Pacienti užívají pro podporu ztráty hmotnosti přípravky vyvolávající zvracení, diuretika nebo laxativa, při čemž hrozí poškození střev, ledvin, zubní skloviny a onemocnění se tím jen komplikuje.

„Mortalita pacientek s mentální anorexií je jednou z nejvyšších u psychiatrických onemocnění a je 30krát vyšší oproti zdravým ženám shodného věku. Vedle sebevraždy je u pacientek s AN nejčastější příčinou úmrtí primární srdeční arytmie a malnutrice.“⁶¹

2.1.3 Možnosti léčby

Návrat do normálního života a vyléčení je cesta dlouhá a těžká. Vzniklé zdravotní problémy mohou zůstat i jako trvalé následky onemocnění. Převážná část pacientek se s nemocí vypořádává až několik let. Ve výjimečných případech se počítá s léčbou v řádu měsíců. Jak onemocnění, tak i léčba se odvíjejí především individuálně a na to by měl být brán ohled ve všech případech. Prvním krokem k léčbě je stanovení diagnózy. To může ovšem komplikovat zatajování symptomů nebo nedostatek pacientovy motivace k uzdravení. Postup po stanovení diagnózy je pro další spolupráci zásadní. U dítěte je diagnostika složitější a odlišná od diagnostiky dospělých a nepřihlíží se k BMI.⁶²

K dnešním léčebným přístupům vedla dlouhá cesta. Z výše zmíněných českých lékařů mluvil již Janota o souborné léčbě, která těží z osvědčených zkušeností a přizpůsobuje se individualitě nemocného i jeho prostředí.⁶³ Do léčby ještě zařazoval i elektrošoky, které už Faltus zásadně neužíval, zkoušel ale jiný netradiční přístup, a to hypnózu. Za podstatnou v léčbě pacienta s mentální anorexií považoval tzv. „režimovou terapii“. Další součástí léčby měla být i psychoterapie, v té době ještě v plenkách. Tehdejší pojetí sestávalo především v objasnění diagnózy samotného onemocnění, upozorňování na špatný stav jedince a nevhodný způsob života. Skupinová psychoterapie se Faltusovi v léčbě neosvědčila, ba naopak vedla k vyhrocení a rozšíření některých technik hubnutí.

⁶⁰ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 102.

⁶¹ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 170.

⁶² PAPEŽOVÁ, 2010, s. 134–37.

⁶³ JANOTA, 1956, s. 24.

V současnosti je škála léčebných metod značně rozsáhlá a záleží na lékaři či terapeutovi, jakou metodu zvolí. Základními psychoterapeutickými metodami používanými v léčbě mentální anorexie jsou kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická a dynamická psychoterapie, rodinná, vícerodinná a skupinová psychoterapie.⁶⁴ Vedle již zmíněných se přistupuje i k terapii zaměřené na tělo (body oriented therapy – BOT), ergoterapii (trénink sociálních dovedností např. nakupování, společenské akce, stolování atd.), arteterapie (prostředek k sebereflexi prostřednictvím výtvarného projevu), muzikoterapii a k mnoha dalším alternativním přístupům.⁶⁵

Cílem kognitivně-behaviorální terapie je změnit patologické vzorce ve vztahu k jídelnímu chování, postoje k vlastnímu tělu, způsob myšlení, který souvisí s rozvojem a udržováním poruchy. Psychoanalytická a dynamická psychoterapie se snaží pomoci pacientům porozumět hlubším příčinám vzniku poruchy, včetně nevědomých souvislostí. Rodinná terapie je součástí léčby zejména u skupiny mladších pacientů, kteří žijí se svými rodiči. Problémy v rodinném modelu se mohou uplatňovat jak při vzniku, tak při udržování symptomatiky.⁶⁶ K jednomu z předních českých odborníků rodinné terapie náleží i partnerská dvojice Chvála–Trapková. Díky zkušenostem z bohaté praxe doplňují informace o léčbě pacientek s PPP a jejich rodin. Pro svou práci zavedli i několik nových termínů jako je sociální děloha (Metafora pro rodinu, jejíž funkce se opakují na sociální úrovni), sociální porod dcery nebo syna (metafora pro přechod od dětství k dospělosti) a placentace (přirovnání vývoje interakčního prostoru mezi partnery směrem k budoucímu rodičovství k placentě).⁶⁷

Jak bylo výše zmíněno, v oblasti léčby existuje v současné době velké množství různých zajímavých metod s různou účinností pro ty které pacienty. Léčebné postupy jsou neustále v rozvoji a jejich uplatnění v léčebné praxi tkví především v jejich účinnosti. Otázkou ovšem zůstává krok pacienta k léčbě, který je ve valné většině nemocných zpočátku spíše nechtěný, bez motivace a impulsu k vyhledání odborné péče.

2.2 Anorexie a dívky v sociálním kontextu

Onemocnění anorexií nebo jinou z poruch příjmu potravy ovlivňuje jak postiženého, tak i jeho blízké. U těchto postižených chybí láska k vlastnímu tělu a sobě samému, ale i k ostatním. Její znovunabytí není jednoduché. Také není náhoda, že tu kterou dívku

⁶⁴ HORT, 2008, s. 268–269.

⁶⁵ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 359–368.

⁶⁶ HORT, 2008, s. 269.

⁶⁷ CHVÁLA, TRAPKOVÁ, 2004, s. 12, s. 112, 121, s. 99.

postihne právě jídelní porucha. „Na jejím vzniku stejně jako na vzniku dalších psychosomatických poruch se podílí souhra více rizikových faktorů na straně jedince, rodiny i sociálního prostředí. Negativní vliv rizikových faktorů oslabují nebo modifikují protektivní faktory. Interakce mezi rizikovými a protektivními faktory je složitá a zahrnuje vzájemně se podmiňující okolnosti na straně dítěte, jeho rodiny i okolnosti vztahující se k širšímu sociálnímu prostředí.“⁶⁸

2.2.1 Ohrožené dívky

Naprostá většina soudobých odborníků je přesvědčena, že původ sebedestruktivního chování dívek s AN a BN je v mozku. Výzkum mozku, především za pomoci moderních zobrazovacích metod, otevírá novou cestu. Výsledky tohoto výzkumu jsou však omezeny mnoha praktickými i teoretickými problémy a nelze je přeceňovat.⁶⁹ „Prevalence sebepoškozování u pacientů s PPP se pohybuje mezi 25 až 45 %.“⁷⁰ Výskyt sebezraňování se zvyšuje s větším množstvím příznaků, které svědčí pro emoční labilitu, impulzivitu, častěji provází přejídání a bulimické příznaky.⁷¹

Pacientky s PPP jsou k bolesti méně citlivé, to dokazují výsledky prací z různých laboratoří. Práh bolesti prodělává dynamické změny v závislosti na aktuálním funkčním stavu. Fyziologický mechanismus zvýšeného prahu bolesti u PPP ještě není jasný.⁷² „Bolest a hlad jsou biologické signály, důležité pro přežití organismu bez závažných následků, a jsou součástí pudu sebezáchovy. Pro jeho uplatnění musí být signály vysílané vlastním tělem správně interpretovány. Není-li tomu tak, biologická existence jedince může být vážně ohrožena.“⁷³

„Mnoho studií dává do souvislosti PPP s depresivní náladou. Podle autora Hsu až 20 % anorektiček a 40 % bulimiček splňuje v průběhu základního onemocnění kritéria velké depresivní poruchy. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu, tělesnou hmotnost a kontrolu příjmu potravy. Z hlediska rozvoje poruchy je nebezpečné zejména negativní sebehodnocení, které u děvčat snadno vede k narušenému vnímání tělesného vzhledu a dietám. Zatímco depresivní příznaky ustupují,

⁶⁸ HORT, 2000, s. 476–477.

⁶⁹ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 62.

⁷⁰ PLATZNEROVÁ, 2009, s. 60.

⁷¹ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 134.

⁷² PAPEŽOVÁ, 2010, s. 78–79, 83.

⁷³ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 85.

když se nemocnému podaří získat kontrolu nad příjmem potravy, známky úzkosti často přetrvávají nebo se ještě zvýrazní.“⁷⁴

Procentuálně sestupně shrnul Faltus vlastnosti a rysy osobnosti nemocných mentální anorexií ze vzorku 60 pacientek následovně: snížená kontaktibilita (93,3 %), emoční labilita (91,6 %), nekritičnost k vlastnímu vzhledu (83,3 %), emoční nezralost až infantilismus (86,6 %), nerozvinutá sexualita (86,6 %), přecitlivělost (81,6 %), snížená schopnost snášet zátěž (80 %), sklon ke vzdorovitosti (71,6 %).⁷⁵

„V záměrném hladovění spatřují pacienti pomalejší a ne tak drastický způsob sebevraždy, který u nich vyvolává menší pocit viny. Dochází k vyjádření negujícího chování vůči vlastnímu tělu, které je odmítáno, nenáviděno a takto ubíjeno.“⁷⁶

Za jeden z nejzásadnějších mechanismů ovlivňující člověka z pohledu sociálně kognitivní teorie učení je důvěra jedince ve schopnost mít kontrolu nad svým životem self-efficacy⁷⁷. Optimistické pojmání osobní zdatnosti vede k tělesné i duševní pohodě tzv. well-being, přičemž naopak nízká úroveň self-efficacy bývá přítomna v symptomatologii pacientek s PPP.⁷⁸

Pro jedince s mentální anorexií je těžké si uvědomit, že mají nějaký problém, někdo do této fáze vůbec nedojde. Bez toho aniž by si to pacientky uvědomily, nelze postupovat dál. V případech, kdy už pacientka tuší, že něco není v pořádku, je důležité vyhledat odbornou pomoc, spolupracovat a plnit pokyny odborníka. Pokud se nemocné mohou obrátit na rodinu či na někoho blízkého, je to ulehčení, ale většina práce zůstává na pacientce, nikdo jí bez jejího přičinění nepomůže ani nevyléčí.

Papežová rozděluje chování pacientek do pěti stádií. První stádium je popření, kdy nemocné nechtějí přiznat, že mají nějaký problém. Další fází jsou úvahy, postižené přemýšlejí o tom, že něco není v pořádku. Následuje příprava na změnu, poté samotná akce, tedy zahájení léčby a nakonec snaha o udržení práce vedoucí k uzdravení.

V první fázi je samozřejmě nezbytné přibrat na váze, ale pro uzdravení pacientky je důležité znovunabytí smyslu života jiného, než je potrava, vůle k životu, k uzdravení a to je, ačkoli se to zdá být nadnesené, nejtěžší. Dosavadní anorektické návyky jsou natolik zautomatizované, že pacientka musí vynaložit mnoho úsilí na jejich změnu. Život pro postižené anorexií má zcela jiné rozměry a všechny zdánlivě obvyklé věci se musí učit

⁷⁴ KRCH, [online]. 2004.

⁷⁵ FALTUS, 1979, s. 51.

⁷⁶ FALTUS, 1979, s. 21.

⁷⁷ Anglický pojem „self-efficacy“ překládáme do českého jazyka jako vnímaná osobní zdatnost.

⁷⁸ NOVÁK, 2010, s. 30.

znovu, pojetí a přijetí sebe sama, vztahy k okolí, partnerství. Při vůli ke změně je důležitá tedy jak fyzická stránka, přibírání na váze, tvoření jídelníčku, pestrá strava, tak i psychická, práce sama se sebou a s pomocí odborníka.⁷⁹

2.2.2 Rodina, partneři a přátelé

Rodina a nejbližší hrají v životě jedince velkou roli, působí na něj, ať chce nebo ne, svými postoji, návyky. Většinou negativní zkušenosti – rozvod, úmrtí v rodině apod. vedou k vychýlení z určité rovnováhy osobnosti a snadnému sklouznutí k onemocnění PPP. Cesta k uzdravení nevede v obviňování, ale v přijmutí negativních zkušeností, zaměření se na současnost a na efektivní řešení problémů.

Již psychický vývoj od narození je pro utvoření osobnosti zásadní. Vztah matky k dítěti znázorňuje attachment, tedy doslovně přilnutí, připoutání dítěte, které má čtyři podoby: jisté, bázlivé, předpojaté, odmítavé. „Poslední dvě jsou prý rizikové. U žen s poruchami jídelního chování souvisí s interpersonální závislostí, nejistým poutem a egocentrismem.“⁸⁰

Pacientky s PPP obecně popisují kritické rodičovské prostředí zdůrazňující donucovací kontrolu. Bulimické pacientky uvádějí vysokou dotěrnost rodičů (matčino zasahování do soukromí, žárlivost, soutěživost, stejně jako svádívnost ze strany otce). V kontrastu s tím je rodičovské povzbuzování k autonomii spojeno s méně častým dietním chováním, což pravděpodobně slouží jako proefektivní faktor vůči PPP.⁸¹ Obecně otevřené, přívětivé rodinné prostředí chrání dítě před vznikem mnoha poruch a disfunkcí. „Rodina je základem společnosti, jaká rodina – takové děti“.⁸²

Postižení jedinci PPP většinou své problémy skrývají a někdy je těžké pro rodinu či blízké je odhalit. Když už to blízcí zjistí, vyvstane mnoho otázek, nejlepší je v takovéto situaci vzít rozum do hrsti a vyhledat pomoc odborníka co nejdříve i v případě dospělých. Komunikace s rodiči a práce s celou rodinou je často problematická, klasický rodinný život se společnými jídly se stává minulostí.⁸³

Pro partnery znamenají poruchy příjmu potravy bariéru v intimním vztahu, vzájemné odcizení. Objeví se problémy v partnerské sexualitě. Pro znovunabytí zdravého vztahu je vyléčení partnerky nezbytné.

⁷⁹ PAPEŽOVÁ, 2000, s. 21–22.

⁸⁰ NOVÁK, 2010, s. 15–16.

⁸¹ NOVÁK, 2010, s. 26–27.

⁸² HELUS, 2005, s. 135.

⁸³ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 313.

Klíčem k uzdravení jsou vztahy a komunikace, i když je to v počátku téměř nemožné, protože nemocní jsou uzavřeni do sebe a jejich zájem je zúžen na jídlo. Pomoc může být velmi důležitá, ale bez spolupráce pacientky je takřka neúčinná. Většinou se postupuje ve třech stádiích: nejprve je důležité zamezení ztrátě váhy a její nárůst alespoň natolik, aby nedošlo k ohrožení života. Tato fáze je možná i bez svolení k hospitalizaci, která sice pacientku stabilizuje, ale neřeší nemoc dlouhodobě. Další fáze už jsou možné jen se svolením a vlastní vůlí pacientky.⁸⁴

Přátelé mohou postřehnout náznaky, že něco není v pořádku, možná dříve než rodina a partneři, jelikož mají větší odstup. Určitě by neměli žádné podezření podceňovat a přímo se zeptat pravděpodobně nemocné přítelkyně. To se ale nemusí osvědčit, protože nemocní budou svou situaci zlehčovat a nepřipouštět si ji. V tomto případě přátelé znejistí, ale měli by určitě informovat rodinu či nejbližší osoby o pojatém podezření. Mohou si zkusit znovu promluvit o podezření na onemocnění PPP, projevit podporu a vyjádřit ochotu k pomoci. Pokud ale přítelkyně nebude mít zájem o jakoukoli pomoc či přátelskou podporu, nezbývá než vyčkat, jak se situace bude dále vyvíjet a být této osobě na blízku.

Černá radí, buďte upřímní a neztrácejte víru ve schopnosti Vašeho blízkého uzdravit se. Přehnaná ochrana a převzetí zodpovědnosti za nemocného jen proces uzdravení brzdí. Nenarušujte tedy jeho autonomii, respektujte ho.⁸⁵ Být ve styku s nemocnou osobou postiženou PPP může být velmi bolestivé. Situace se nevyřeší, když před ní zavřeme oči, k její změně je potřeba hodně sil a odhodlání především pro samotné pacientky, ale i její blízké. Většinou se nepodaří najít cestu k vyléčení napoprvé, chce to ale stále hledat a bojovat za uzdravení.

2.2.3 Lékaři, učitelé a škola

„Nutným krokem při podezření z onemocnění mentální anorexií je lékařské vyšetření k potvrzení diagnózy a kontrole váhy. První kontakt s nemocnými mají nejčastěji praktičtí lékaři, pediatři nebo gynekologové.“⁸⁶ Ve vážných případech je nutná okamžitá hospitalizace. Práce odborníka vyžaduje důkladné zvážení dalších postupů. Každý případ je individuální, a proto je nutné k němu i specificky přistupovat.

„V případě dětského pacienta je nezbytná mezioborová spolupráce s pediatrií, psychologem, dětskými gynekology, endokrinology a dalšími specialisty vzhledem k závažným dopadům

⁸⁴ PAPEŽOVÁ, 2000, s. 29.

⁸⁵ ČERNÁ, 2009.

⁸⁶ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 126.

onemocnění na psychický i somatický stav a vývoj dítěte. Zásadní otázkou v léčbě je spolupráce s rodinou dítěte.“⁸⁷ U dospělého pacienta je otázka léčby pouze na něm, bez svolení je možná pouze hospitalizace.

„Terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem je u PPP zásadní, podobně jako u ostatních psychosomatických onemocnění. Jeho vybudování je velmi náročné, vyžaduje znalost onemocnění, změn myšlení a chování, které s sebou onemocnění nese a které je někdy velmi těžké ovlivnit. Je nutné chápat, že změna jídelního chování souvisí u jedince se zvládáním stresu, obtížných emocí, někdy nudy a nepřiměřených ambicí.“⁸⁸

„Pro screening⁸⁹ jídelních poruch bylo v posledních letech vytvořeno 5 otázek: 1. Cítíte se někdy až k zbláznění nepříjemně plná? 2. Bojíte se ztráty kontroly nad množstvím snědeného jídla? 3. Ztratila jste v poslední době na váze více než 7 kg za dobu 3 měsíců? 4. Myslíte si, že jste tlustá, když si ostatní myslí, že jste příliš štíhlá? 5. Myslíte si, že jídlo ovládá Váš život? Následuje rychlé a komplexní zdravotní vyšetření pacienta.“⁹⁰

V další psychoterapeutické práci s pacientem se vedle užitých metod značně liší styl jednotlivých profesionálů. Prokazatelně pozitivní komunikaci mezi profesionálem a pacientem podporuje opravdovost a pozitivní receptivní nonverbální styl.⁹¹

To platí i v interakci pedagogických pracovníků, kteří by neměli v žádném případě jakékoli podezření zanedbávat a raději se hned poradit s rodiči žáka a doporučit lékařskou prohlídku.

„Při spolupráci se školou se mohou učinit kroky pro podporu léčby žákyně, mělo by být postižené zakázáno cvičení. Stravovat by se měla pod dohledem s ostatními, s kamarádkou nebo s pedagogem. Pro zapojení do běžného života je škola pro nemocné dívky důležitá.“⁹²

V dnešní době je spolupráce školy a rodiny značně limitovaná, není výjimkou, že rodiče nemají hlubší zájem o školské prostředí a stejně tak nemusí mít většina pedagogů hlubší zájem o žáka. Více se k úloze pedagogických pracovníků obrátím v kapitole o prevenci, ve které může sehrát pedagog významnou roli.

⁸⁷ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 141.

⁸⁸ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 148.

⁸⁹ Prověřování.

⁹⁰ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 149.

⁹¹ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 320.

⁹² PAPEŽOVÁ, 2000, s. 74–75.

2.3 Prevence

„Primární prevence spočívá především ve výchově v rodině, v působení společenských vlivů, kultuře stravování. Důležité je sebehodnocení dětí a dospívajících, na které mají prokazatelný vliv média a kulturní vzory. Úkolem sekundární prevence je odhalení a ovlivnění ohrožených skupin, ke kterým patří děti léčené pro obezitu, děti se somatickým onemocněním provázeným dietou a hubnutím, děti ze zájmových aktivit souvisejících s kontrolou váhy a vzhledu, jako je modeling, tanec, gymnastika a další. Terciární prevence se zabývá prevencí relapsu a obnovením plného zdraví včetně plodnosti a v posledních letech se zaměřuje také na zamezení přenosu jídelní patologie na další generaci.“⁹³ Teoreticky by se školské prostředí mohlo věnovat všem třem oblastem prevence, zrealizování a uvedení do praxe je komplikovanější a v současné době neproveditelné.

„S nárůstem mediálního vlivu na mladou generaci a rostoucím dopadem nových technologií, hlavně internetu, je úkol vytvořit kvalitní a účinnou prevenci stále nesnadnější. Primární prevence má za úkol snížit riziko vzniku poruch příjmu potravy. Z posledních výzkumů u nás však vyplývá, že prevalence mentální anorexie u nás na rozdíl od ostatních evropských států roste.“⁹⁴ Rychle se rozvíjející technologie se mohou zdát být přítěží preventivních snah, ale opak může být pravdou. Nové technologie skýtají nové netušené možnosti prevence, vždy však s určitým zpožděním jako reakce na aktuální dění. Například internetové stránky idealni.cz a Anabell si založily svůj profil na populární sociální síti facebook. Uživatel Anabell na facebooku získal 1172 pozitivních ohlasů v podobě potvrzení „To se mi líbí“, což svědčí o poměrně vysoké návštěvnosti. Aktualizují se zde informace o událostech v souvislosti s PPP, např. upozornění na vysílání pořadu v TV či rozhlasu, pořádání konferencí, umístění zajímavých odkazů atd.

Anabell také organizuje do června 2011 projekt Podpora profesionální prevence. Jeho předmětem je realizace specializovaného vzdělávání pedagogů a metodiků prevence Jihomoravského kraje v oblasti problematiky poruch příjmu potravy na základních a středních školách v souladu s doporučeními Rámcových vzdělávacích programů MŠMT ČR. „Cílem projektu je rozšíření schopností pedagogických pracovníků orientovat se v problematice poruch příjmu potravy a v oblasti zdravých stravovacích návyků podle nejnovějších poznatků lékařské vědy. Ve společné edukační i týmové práci získají

⁹³ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 140.

⁹⁴ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 311.

pedagogové základní povědomí o nebezpečných stravovacích návycích, o vlivu reklam a nezdravého tlaku na výkon, vizáž a bodyimage, ale také o účinných metodách detekce rizikového chování u svých žáků a studentů tak, aby je mohli v dostatečném rozsahu a současně vhodným způsobem o této problematice informovat v rámci předmětů Výchova ke zdraví a Člověk a zdraví. Před dvěma lety Anabell vydalo výukové CD s programem „Tři Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Zet“. Program je rozdělen do deseti samostatných kapitol pojednávajících o problematice poruch příjmu potravy v takovém rozsahu a srozumitelnosti, aby vyhovovaly věkové kategorii žáků druhého stupně základních škol.“⁹⁵

„V květnu roku 2003 se v Praze v prostorách Academia Medica Pragensis konala přednáška na téma výzkumu rizikových faktorů poruch příjmu potravy a preventivních opatření v adolescenci a rané dospělosti. Kromě výzkumného projektu zde byl představen multimediální počítačový program, který přináší řadu informací a rad velmi přitažlivou a inspirativní formou. Doufejme, že se v budoucnu dočkáme také české verze, upravené na zdejší kulturní podmínky.“⁹⁶

Jednu z významných zahraničních preventivních akcí proti anorexii zorganizoval italský fotograf Oliviero Toscani. Kampaň „Ne anorexii“ podpořilo i italské ministerstvo zdravotnictví.⁹⁷ Ke konci roku 2010 podlehl dlouhé nemoci i přes všechny snahy o uzdravení Toscaniho modelka z billboardů, herečka Isabell Carová (viz Příloha 7). Tato nešťastná událost rozpoutala mediální rozruch nejen po celé Evropě. Šokovala společnost a upozornila tak významně na život ohrožující poruchu širokou veřejnost. Dalším praktickým příkladem je společnost Dove, která se rozhodla změnit podobu reklam a do jejich popředí postavila normální plnoštíhlé ženské tělo.⁹⁸ U nás se do boje proti anorexii zapojil bulvární časopis Blesk (viz Příloha 8)

Vládní i právní aktivity proti propagaci štíhlosti vedou dle Papežové USA, Izrael, Velká Británie, Španělsko a mnoho dalších států. Také Francie, mekka módy, zahájila boj proti nezdravému hubnutí, které je i díky modelkám v kurzu. Dolní komora parlamentu odhlasovala zákon, který trestá propagaci hladovění až dvěma roky ve vězení a pokutou přes půl milionu korun. Žádný jiný stát dosud k tak tvrdému opatření nesáhl.⁹⁹

⁹⁵ SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2009, č. 21.

⁹⁶ IDEALNI.cz

⁹⁷ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 311.

⁹⁸ NOVÁK, 2010, s. 79–80.

⁹⁹ IDNES.cz, Francie přijala zákon proti nezdravému hubnutí.

„V České republice zatím proběhlo pouze jednorázové jednání. Je nutné si uvědomit, že televizní reklamy tvoří až 11 % vysílání a mládež od 10 do 18 let sleduje televizi až 120 minut denně.“¹⁰⁰ „Média a instituce s vysokým společenským vlivem by měly přijmout příslušné etické kodexy. Větší pozornost by měla patřit veřejným vzdělávacím kampaním, zdůrazňujícím duševní a fyzické zdraví před váhou.“¹⁰¹

Trvalo delší dobu, než se v českém prostředí zakotvily protidrogové preventivní programy, a stejně tak si budeme muset počkat na preventivní programy poruch příjmu potravy.

„V porovnání s dětmi ze západních zemí mají české děti nižší sebeúctu, měli bychom u nás věnovat rozvoji sebeúcty zvláštní pozornost, obzvláště zvyšování přirozené rezistence, podpory adaptivního chování, kritického myšlení a zpochybnění věrohodnosti médií.“¹⁰²

Dodržování zákonů v oblasti PPP by mělo být sledováno podobně jako propagace kouření a alkoholu. Odborníci na pracovišti na tyto skutečnosti poukazují, snaží se o spolupráci se zákonodárci a v konkrétních případech nevhodných reklam se snaží o nápravu. Důležitým médiem pro intervenci se stává internet. Internet používá 90 % studentů ve věku 12–20 let. Pro zkvalitnění prevence je nutné hledat nové techniky a flexibilně je měnit. Užívání nových technologií nám pomůže přiblížit se mladé generaci. Prevence nezahrnuje pouze boj proti riziku zvyšujícího se množství reklam a mediálních komerčních kampaní, ale také v předávání pozitivních přístupů mladé generaci, které mohou ovlivnit sebehodnocení mladé generace a její orientaci na životní hodnoty, které nejsou založené na zevnějšku a rychle získaném bohatství. Základní vzorce chování se tvoří do 5 let života, měli bychom tedy už v útlém věku posilovat dětem sebevědomí, dovolit jim rozhodovat se a nést následky, respektovat a podporovat jejich názory, umět pochválit bez výhrad, vytvořit atmosféru důvěry a komunikovat.¹⁰³

Vhodným výchovným působením, zejména v kritickém období nastupující puberty, je možné PPP u dětí předcházet. Základ prevence je samozřejmě v rodině, avšak i škola by měla – v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu – využít všech svých možností. Ve výuce by bylo vhodné uplatňovat metody aktivního sociálního učení, zadávat žákům úlohy, jejichž cílem je výchova ke zdravým stravovacím návykům. Znamená to poskytovat žákům objektivní informace, týkající se ohrožení zdraví v důsledku PPP, a zejména pak rozvíjet sebedůvěru i sociální dovednosti, které jim pomohou zvládnout

¹⁰⁰ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 312.

¹⁰¹ NOVÁK, 2010, s. 76.

¹⁰² NOVÁK, 2010, s. 76.

¹⁰³ PAPEŽOVÁ, 2010, s. 312–314.

problémy vlastního dospívání bez ohrožení mentální anorexií či bulimií. Vhodné jsou hry či různá cvičení, která ve své příručce uvádí Krch a Marádová.¹⁰⁴

„V naší zemi je veřejnost ohledně mentální anorexie, bulimie a psychogenního přejídání stále lépe informována, ovšem jasně se ukazuje, že to ke změnám postojů k jídlu a k tělu nestačí. Přitom právě zdravý postoj (jídlo ani postava nejsou něčím, s čím lze manipulovat bez následků, nejsou prostředkem k dosažení štěstí, spokojenosti a společenského uznání) je pro úspěšné předcházení poruchám příjmu potravy podstatný. V širším měřítku se dnes k tomu účelu vyvíjejí multimediální programy, v užším měřítku je to přímá práce s „živou skupinou“ například ve školách. Do vývoje účinných preventivních programů ovlivňujících postoje je v zahraničí investováno dost peněz a výsledky jsou různé, spíše nejisté. Podle modelu přímé práce v prevenci závislosti na drogách jsou tu pokusy realizovat programy pro školáky pomocí peergroups. Jde o kontakt žáků s vyškolenými vrstevníky, kteří snadněji překonají komunikační bariéry a dokáží kromě informací lépe ovlivnit postoje účastníků takového programu. Velkým problémem je však právě výběr vhodných „peerů“ – kandidátů na vyškolení, kteří budou mít sami zdravý postoj k sobě i k jídlu. Jak může být přínosná v primární prevenci přímá práce s ohroženou skupinou? Jde zřejmě o nejlepší způsob, jak kromě zvýšení informovanosti můžeme ovlivnit postoje cílové skupiny k jídlu a zacházení s vlastním tělem. Tato práce ovšem vyžaduje vysokou profesionalitu – odbornou fundovanost, nejlépe výzkumem ověřený postup a dostatek financí.“¹⁰⁵

Otázka prevence PPP v ČR zůstává stále otevřená. Je možné sledovat určitý posun v plánování prevence ve zvyšujícím se počtu návrhů. Nejtěžší krok však zůstává před námi, a to jejich účinné zavedení do praxe. V internetovém prostředí je k nalezení mnoho stránek založených pedagogicko-psychologickými poradnami a dalšími organizacemi, zabývajícími se prevencí, například Českou asociací školních metodiků prevence, pedagogicko-psychologickými poradnami ve větších městech a samozřejmě také Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Možnou nevýhodou je roztržičnost jejich práce nejen v oblasti prevence. Jako velké plus by se mohlo zdát sjednocení a ucelení preventivních snah ve školském prostředí. Ve školství zatím nefunguje žádná komora, nebo podobné formy širšího sdílení zkušeností, představ a návrhů pedagogů, což jejich práci znesnadňuje.

¹⁰⁴ KRCH, MARÁDOVÁ, 2003, s. 21–22.

¹⁰⁵ KULHÁNEK, 2009, s. 4–6.

3 Metodologická část

3.1 Kvalitativní výzkum obecně

Kvalitativní výzkum představuje soubor mnoha rozmanitých metod a postupů k odhalování skutečností především v oborech psychologie, sociologie, etiologie a v dalších vědách o člověku, které vedou k novým zjištěním a názorům. Strauss a Corbinová rozumí pod termínem kvalitativní výzkum jakýkoliv, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace, zároveň ale říkají, že je tento termín zavádějící a jednotlivé pohledy na něj se dosti liší.¹⁰⁶ Miovský se ve své knize snaží porobrat názory a definice ohledně kvalitativního výzkumu různých autorů. Podobně jako jiní autoři dochází k pluralismu, který je s ním často spojován. Kvalitativní výzkum se ve výzkumném procesu může flexibilně posměňovat, proto se někdy považuje za pružný typ výzkumu.¹⁰⁷ Podstatné zřejmě není přesné ohraničení oblasti kvalitativního výzkumu a její definice, ale její náplň a cíle, společné pro výzkumníky, kteří se snaží obohatit společnost o nové poznatky. Raději se tedy zaměřím na poznatky, které budou sloužit praktické části této práce, než na snahy o shrnutí informací o kvalitativním výzkumu.

3.1.1 Kvalitativní výzkumné metody

Kvalitativní přístup se jako nová moderní výzkumná metoda pozvolna objevovala v 2. pol. 20. st. ve stínu kvantitativního výzkumu a bádání, který se opírá především o přírodovědný a pozitivistický pohled na možnost řešení výzkumných otázek, silně strukturovaný sběr dat a statistické metody testování hypotéz. Proti tomuto přístupu se postupně formuje metodologická opozice a někteří autoři, jak píše Hendl, mluví o kvalitativním obratu v metodologii empirického výzkumu. Kořeny kvalitativního myšlení sahají hluboko do minulosti. Za jeho otce je považován Aristoteles.¹⁰⁸ V průběhu dějin vykazovalo některé myšlenky a znaky kvalitativního přístupu mnoho nejrozličnějších směrů a jejich zástupců, za zmínku stojí např. od 15. st. etnologie, hermeneutika a fenomenologie. Tyto směry stály a určitým způsobem dodnes stojí v konfrontaci s přístupy kvantitativními, např. v 19. st. užíval německý psycholog Wilhelm Wundt i metody interpretativní a popisné, které byly ale brány za přístupy duchovédní, podobně

¹⁰⁶ STRAUSS, CORBINOVÁ, 1999, s. 10.

¹⁰⁷ HENDL, 2005, s. 50.

¹⁰⁸ HENDL, 1997, s. 19–28.

jako je matematika základem přírodních věd.¹⁰⁹ V každé zemi se vývoj kvalitativního výzkumu ubíral jinou cestou. Největší vliv a podíl na rozvoji těchto myšlenek měly Spojené státy americké, ze kterých pochází velké množství teoretiků a následně monografií a periodik, zabývajících se kvalitativními přístupy výzkumu. U nás byl možný vývoj zbrzděn politickou situací a až v současnosti se dá říci, že se čeští teoretikové snaží o zpracování této vědecké větve, mimo jiné mezi ně patří již výše citovaný Jan Hendl.

Velmi přehledně zpracoval Miovský současné metody kvalitativního výzkumu při plánování, získávání dat, jejich zpracování, analýze a také ověřování. Následující shrnutí jsem zhotovila na základě obsahu knihy Miovského. Za základní typy kvalitativních výzkumů jsou považovány případové studie, analýza dokumentů, terénní výzkum, kvalitativní experiment a kvalitativní evaluace. Při získávání kvalitativních dat se přistupuje ke kvalitativním metodám, jako je pozorování, rozhovor (interview) a dotazování (v podobě dotazníků), kvalifikovaný odhad, různé typy dokumentů, metody životní křivky a časové křivky a mnohé další. Zpracování dat je možné při jejich fixaci, buď již existují, nebo je zachytíme pomocí audio- či videozáznamu, další možností je zanesení do zápisového archu. Vedle metod deskriptivních, dílčích postupů, obsahových a narativních analýz se kvalitativní data zpracovávají dle zakotvené teorie. V následujících kapitolách se přiblížím kvalitativním metodám obsahové analýzy, případových studií a zakotvené teorie.

3.1.1.1 Případové studie

Jak je již v předchozí kapitole zmíněno, případová studie patří k základním typům či přístupům kvalitativních výzkumů. Jedná se o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů a jde především o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. Případová studie v sociálněvědním výzkumu je podobná mikroskopu: její hodnota závisí na tom, jak dobře je zaostřena. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům. Na konci studie se vždy případ vřazuje do širších souvislostí. Může se srovnat s jinými případy, provádí se také posouzení validity výsledků.¹¹⁰ Analýza jednotlivých studií nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu můžeme dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Jejich prostřednictvím máme tak možnost porozumět lépe jednotlivým vztahům

¹⁰⁹ HENDL, 2005, s. 65–66.

¹¹⁰ HENDL, 2005, s. 104.

i celkovým souvislostem.¹¹¹ Hendl rozlišuje několik typů případových studií podle sledovaného případu, může jím být: osobní případová studie; studie komunity; studium sociálních skupin; studium organizací a institucí; zkoumání událostí, rolí a vztahů. V případě osobní studie celého života jedince se mluví o tzv. historii života, která klade důraz na jeho určitý aspekt. Pokud výzkum pracuje s více případy, užívá se termínu mnohonásobné či mnohopřípadové studie.¹¹² Přístupy k cíli výzkumu se liší, např. Stake nepovažuje za cíl popis či dobývání světa, ale spíše jeho osvojení. Od kvalitativního výzkumu dle Hendla očekáváme „hustý popis“ všímající si pohledů účastníků, zdůrazňující mnohonásobnou realitu a holistické pojetí.¹¹³ Miovský udává podobně jako Švaříček a Šed'ová schémata popisu fází při aplikaci případové studie a zároveň píše, že se v konkrétních studiích mohou objevovat drobné nuance, které mají mít ale své pevné zakotvení v odůvodnění, tj. aby byly otázkou volby výzkumníka s cílem usnadnit či kvalitněji realizovat určitý krok a nebyly spíše důsledkem nedostatečné připravenosti, špatné technické vybavenosti či prosté lenosti.¹¹⁴ Pro objasnění zpracování případových studií v praktické části této práce je nutno sdělit, že je pouze jakýmsi pokusem, možným předvojem pro další odbornější zpracování, vyplývající z určitého omezení této práce, ať už v odbornosti, či v ohraničeném časovém rozmezí.

3.1.1.2 Kvalitativní obsahová analýza

Zabývá se analýzou dokumentů a textů s cílem rozkrýt jejich vlastnosti s ohledem na položenou otázku. V kvantitativní analýze jde o zjištění četností výskytu předem daných kategorií, případně vztahy mezi výskyty jednotlivých kategorií v jednotkách textu.¹¹⁵ Miovský uvádí za cíl objasnění významu textu, identifikace stylistických a syntaktických zvláštností, případně určení struktury textu. Samotnou obsahovou analýzu přitom v psychologii můžeme kombinovat prakticky s jakoukoli jinou metodou získání a analýzy dat. Velmi často se tak děje například v kombinaci se zúčastněným pozorováním, interview atd.¹¹⁶ Pro aplikaci metody obsahové analýzy v psychologickém výzkumu je důležité ujasnění, zda budeme pracovat pouze se základním rámcem

¹¹¹ MIOVSKÝ, 2009, s. 94.

¹¹² HENDL, 2005, s. 104.

¹¹³ HENDL, 2005, s. 106.

¹¹⁴ MIOVSKÝ, 2009, s. 98.

¹¹⁵ HENDL, 2005, s. 287.

¹¹⁶ MIOVSKÝ, 2009, s. 238.

tzv. manifestní obsahovou analýzou¹¹⁷ nebo s tzv. interpretativní obsahovou analýzou¹¹⁸.

¹¹⁹ Postup při aplikaci obsahové analýzy někteří rozdělují do několika základních fází a procedur. Výchozím bodem se stává definice a identifikace vhodných dokumentů pro zamýšlenou obsahovou analýzu. Dále následuje fáze shromažďování údajů a jejich třídění, poté definování základních jednotek a tvorba systému kategorií a těmto kategoriím odpovídajících kódů. Zde se liší přístup deskriptivní, při kterém systém kategorií vzniká postupně, od teoretického přístupu, u kterého se kategorie vytvářejí předem, mluvíme tedy o způsobu kódování. V psychologickém výzkumu bychom mohli hovořit o kódování jako o procesu nominálního škálování. Je třeba si uvědomit, že význam zakódovaného textu není pouze na ose ano/ne (výskyt/nevýskyt), ale že zakódovaná jednotka nese určitý kontextuální význam a že tento význam lze vyjádřit různě, nebo že stejný výrok může mít v různém kontextu různý význam.¹²⁰

3.1.1.3 Zakotvená teorie

Zakotvená teorie (grounded theory) je metoda analýzy kvalitativních dat. Byla vyvinuta v šedesátých letech 20. století, od té doby však prošla mnoha modifikacemi a rozštěpila se do různých variant. Autory zakotvené teorie jsou Barney Glaser a Anselm Strauss, kteří své společné zakladatelské dílo *The Discovery of Grounded Theory* vydali v roce 1967. Strauss byl odchovancem slavné Chicagské školy, tedy metody využívající biografické a popisné postupy a případové studie, a Glaser studoval na Kolumbijské univerzitě u Paula Lazarsfelda. Cílem výzkumu strategie „zakotvené teorie“ je návrh teorie, nové koncepce, na základě zjištěných dat. Jinak řečeno, nová teorie je zakotvena v datech. Zakotvená teorie proto představuje sadu systematických induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu zaměřeného na vytváření teorie. Glaser vydal samostatně v roce 1978 knihu *Theoretical Sensitivity (Advances in Methodology of Grounded Theory)*. Strauss vydal v roce 1987 *Qualitative Analysis for Social Scientists* a později společně s Juliet Corbinovou *Basics of Qualitative research. Grounded theory of Qualitative Research*, která byla v devadesátých letech 20. st. přeložena do češtiny a stala se jednou z prvních a hojně rozšířených metodologických publikací o kvalitativním výzkumu u nás.¹²¹ Zakotvená teorie je tedy teorie induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu,

¹¹⁷ Zkoumající povrchové či explicitní obsahy a formy textu.

¹¹⁸ Zkoumající implicitní významy skryté v textu či jeho formě.

¹¹⁹ MIOVSKÝ, 2009, s. 240.

¹²⁰ MIOVSKÝ, 2009, s. 241.

¹²¹ ŠVARŤÍČEK, ŠEĐOVÁ, 2007, s. 84–85.

který reprezentuje.¹²² Jinými slovy píše Hendl, že pod přístupem zakotvené teorie směřuje výzkum k návrhu teorie pomocí dat, jež výzkumník shromažďuje díky užití různých metod. Základní výzkumná otázka zní: Jakou teorii nebo vysvětlení lze odvodit analýzou nashromážděných dat o daném fenoménu?¹²³ Švaříček a Šed'ová zahrnují zakotvenou teorii do tzv. designů kvalitativního výzkumu, což znamená rámcové uspořádání nebo plán výzkumu. Design není totožný ani s metodami sběru dat, ani s analýzou dat.¹²⁴

3.2 Teoretické a metodické zpracování vlastního výzkumu

Pro všechny typy výzkumu je společných mnoho základních kroků. Na začátku identifikujeme téma a problém, vymezujeme účel výzkumu a určujeme výzkumné otázky, případně hypotézy.¹²⁵ Při tvoření vlastního výzkumu je nutné se důkladně připravit, rozvrhnout si své možnosti a zamýšlenou výzkumnou práci. Dle Miovského je tvořen tzv. ideový plán výzkumu, který zahrnuje především formulování samotného výzkumného problému a výzkumných otázek, definování použitých pojmů, určení účelu výzkumu a konceptuálního rámce. Následuje fáze objasnění metod vlastního výzkumu, které byly stručně probrány v předchozích kapitolách za účelem objasnění problematiky. Uvedena bude také strategie výběru dat. Jako amatér na výzkumném poli se pravděpodobně dopustím nějakých chyb ve výzkumu, které se budu snažit metodologicky podložit. Již zmíněný ideový plán je mostem propojujícím nápad a samu realizaci výzkumu a měl by obsahovat formulaci výzkumného problému a z něj vycházející výzkumné otázky, zdůvodnění významu a smyslu řešit daný výzkumný problém, popis teoretického rámce výzkumu, metody získávání dat, včetně popisu zamýšleného vzorku, metody zpracování a analýzy dat a přibližný časový plán.¹²⁶

Šed'ová upozorňuje na prezentování výzkumného procesu jako algoritmu, v němž jedna odlišitelná fáze následuje za druhou. Lineární znázornění výzkumu má sloužit jen jako pomůcka, neboť v praxi je spíše povahy cirkulární. Jednotlivé fáze se překrývají, jsou realizovány paralelně a co více, výzkumník se neustále vrací k předcházejícím stadiím a modifikuje je.¹²⁷ Přesně toto vyjádření Šed'ové o kvalitativním výzkumu se při zpracování potvrdilo.

¹²² MIOVSKÝ, 2009, s. 226.

¹²³ HENDL, 2005, s. 103.

¹²⁴ ŠVAŘÍČEK, ŠEĐOVÁ, 2007, s. 83.

¹²⁵ HENDL, 2005, s. 40.

¹²⁶ MIOVSKÝ, 2009, s. 87–88.

¹²⁷ ŠVAŘÍČEK, ŠEĐOVÁ, 2007, s. 51.

3.2.1 Přípravná fáze, určení výzkumného problému a výzkumné otázky

V počátku každého výzkumu stojí zpracování a pojetí zkoumané problematiky. Díky prostudování tématu zjistíme možné problémy a sami je pak definujeme. Po zvážení možností a několika formulací výzkumných problémů vyvstal následující: Onemocnění poruch příjmu potravy se věnovalo mnoho odborných textů o jejich definici, vzniku, průběhu a léčbě, ale zásadní úkol prevence poruch příjmu potravy je teprve v rozvoji.

Na základě definice výzkumného problému se přistupuje ke kladení výzkumných otázek. Miovský píše, že výzkumná otázka je v případě kvalitativního přístupu terminologickým ekvivalentem výzkumné hypotézy v případě výzkumu kvantitativního. Zatímco však výzkumné hypotézy testujeme, při aplikaci kvalitativního přístupu naproti tomu odpovídáme na výzkumné otázky, neboť žádné hypotézy testovat kvalitativními metodami samozřejmě nelze.¹²⁸

V případě této práce vyvstaly výzkumné otázky, které po korekci znějí: Jaká témata jsou klíčová v obsahu odborných článků a webů? Do jaké míry se časopisecké odborné články a weby zabývají prevencí? Odpovědi na tyto výzkumné otázky se dozvíme v závěru práce. Cílem práce je návrh preventivně výchovného programu.

Ohraničení teoretického rámce výzkumu se omezí převážně na české odborníky v problematice PPP, jak v případě monografií, tak i odborných článků. Odborné příspěvky budou zpracovány kvalitativně a částečně kvantitativně na základě vypracování protokolů, u kterých se bude určovat buď výskyt kategorie, nebo její neexistence. Účelem výzkumu bude zjištění nejčastěji popisované oblasti v problematice PPP a četnosti prevence. Součástí výzkumu jsou také 3 případové studie. V průběhu práce se objevila možnost zhotovení kazuistik na základě interview a emailové komunikace se třemi studentkami. Výběr studií s příběhy postižených poruchami příjmu potravy byl čistě nahodilý.

3.2.2 Metody výzkumu, strategie výběru materiálu

Užité kvalitativní metody byly vybrány na základě diskuse a konzultace. Základní metodou práce měla být původně pouze obsahová analýza dokumentů, ale jak již bylo zmíněno, byla rozšířena o část případových studií. Takže bude užito několik postupů, které bude zastřešovat zakotvená teorie, umožňující integrování více metod.¹²⁹ Součástí bude také kvantitativní zpracování dat získaných z obsahové analýzy článků a webů.

¹²⁸ MIOVSKÝ, 2009, s. 88.

¹²⁹ MIOVSKÝ, 2009, s. 226.

Obsahově analyzováno bude 23 odborných článků a 9 internetových stránek, z toho 3 české, 3 německé a 3 anglické. Slovní vyjádření obsahu dokumentu v přirozeném jazyce je transformováno do věcných selekčních údajů v procesu věcného pořádání.¹³⁰

Strategie výběru dokumentů byla omezena na publikaci článků v periodikách psychologického, pedagogického a lékařského zaměření. Vybraná periodika byla následující:

časopis Pedagogika (3 články),

Speciální pedagogika (2),

Československá psychologie (1),

Česká a slovenská psychiatrie (2), Československá pediatrie (2), Psychologie dnes (4),

Prevence sociálně nežádoucích jevů (1),

Psychiatrie (1),

Praktický lékař (2),

Děti a my (3),

Učitelské noviny (1),

sborník Psychoterapie (1).

Na internetu najdeme poměrně málo českých webových stránek o PPP, z toho nejvýznamnější jsou weby idealni.cz, Anabell a SAPPP. Výběr zahraničních, německých a anglických, internetových stránek probíhal náhodně a byl zaměřen na jejich vzhled a obsah. Počet českých webových stránek se zahraničními se v žádném případě nedá srovnávat a mnohonásobně jej co do počtu převyšuje. Podrobněji budou zdrojové dokumenty pojednány v kapitole o kódování.

Případové studie dívek nebyly vybrány cíleně. Všechny 3 dívky jsou studentky Technické univerzity v Liberci, Fakulty přírodovědně – humanitní a pedagogické. Kazuistiky jsou napsány s dodržením zásad anonymity.

¹³⁰ RESSLER, 2006, autor hesla Marie Balíková.

4 Praktická část

V této části práce se pokusím detailněji popsat vlastní výzkum. Metody konkrétního kvalitativního výzkumu se v jeho průběhu mohou doplňovat a pozměňovat.¹³¹ To se například děje při objevení nesrovnalostí a nových faktů, které mohou být postupně odhaleny. Struktura popisu vlastního výzkumu byla utvořena dle základní literatury o kvalitním výzkumu od Strausse a Corbinové, Hendla a nově také Miovského.

4.1 Analýza časopiseckých článků a webů se vztahem k poruchám příjmu potravy

Pro kvalitativní analýzu jsem si zvolila 22 článků z pedagogických, psychologických a lékařských časopisů. Dále jsem se zaměřila na 9 webových sídel.

Články byly vybírány z periodik uvedených v kapitole o strategii výběru materiálu dle publikování současných autorů jako je Hana Papežová, František David Krch, Vladislav Chvála a Ludmila Trapková, Richard Jedlička a z 2. pol. 20. st. František Faltus. Vedle článků českých autorů byly publikovány také přeložené zahraniční články, z nichž byl vybrán Olivier a Wardetzki. Příspěvky se liší rozsahem, obsahem informací s ohledem na periodikum a svou odbornost. Analýzu časopiseckých článků jsem prováděla přímo v textu zvýrazněním sledovaných oblastí (viz Příloha 2). Detailněji budou články probrány v následujících kapitolách.

Vedle časopiseckých článků budou analyzovány i weby. Abychom se v internetovém prostředí lépe orientovali, je nutné vymezit některé pojmy. Website (websajt, webové sídlo, web) je kolekce informací o určitém tématu nebo subjektu. Web zahrnuje konkrétní webové stránky. Samotná webová stránka se skládá z textů, obrázků a dalších multimediálních objektů. Z jiného pohledu je webová stránka jako stránka v knize a website je jako kniha. Jinými slovy, webová stránka je soubor, který obsahuje všechna potřebná data. K podpoře dat nebo informací jsou ke stránce připojeny obrázky. První webové stránce webového sídla se říká Home Page (domovská stránka). Každá jednotlivá webová stránka, kterou website obsahuje, má svou vlastní webovou adresu.¹³² Termínem portál v pojetí informačních technologií označujeme (webovou) aplikaci, která svému

¹³¹ STRAUSS – CORBINOVÁ; HENDL, 2005, s. 50.

¹³² Webdesign brno [online].

uživatelé poskytuje jednotným způsobem a centralizovaně informace z různých zdrojů, které uživatele zajímají nebo se ho nějakým způsobem týkají.¹³³

4.1.1 Kódování a zobrazování dat, primární analýza

Kódovací procesy představují v kontextu zakotvené teorie operace, pomocí nichž jsou zjištěné údaje analyzovány a konceptualizovány, kdy probíhá nejen deskripce, ale hledání a nacházení skrytých jevů a souvislostí.¹³⁴ V případě této práce se budu řídit třístupňovým členěním analýzy, z nichž primární kvalitativní analýza je zaměřena na prostudování a popsání článků a internetových stránek a sestavení protokolů, které budou blíže rozebrány v sekundární analýze. V terciární analýze proběhne pak vyhodnocení získaných údajů ze sekundární analýzy.

První analyzovaný příspěvek *Psychoanalytické zamyšlení nad výchovou vedoucí k problémům v sebepojetí u dospívajících* byl publikován v roce 2002 v časopise *Pedagogika* a patří k rozsáhlejšími článkům. Autorem je Richard Jedlička. V časopise *Speciální pedagogika* publikoval další článek o PPP *Nevhodná výchova, stres a možnosti prevence psychosomatických poruch*. Oba příspěvky obsahují zajímavé obecné informace o PPP a kazuistiky. Součástí je také důsledný seznam poznámek nejen s odkazy na citovanou literaturu, ale i s objasněním některých pojmů.

Příspěvek *Tělesné sebepojetí a jeho místo ve vzdělávacím oboru výchova ke zdraví* napsala Ludmila Fialová. Článek čerpá z 12 titulů, které Fialová cituje přímo v textu. V závěru navrhuje 6 témat pro výuku v rámci vzdělávací oblasti Člověk a zdraví.

Kolektiv autorů Petr Kachlík, Marie Havelková a Lenka Procházková provedli pilotní průzkum s cílem zmapování znalostí o problematice PPP u žáků na vybraných ZŠ. Šetření bylo prováděno pomocí anonymního dotazníku na vzorku 231 žáků druhého stupně 5 brněnských ZŠ, které shrnuli v článku *Znalosti o problematice poruch příjmu potravy a možnosti jejich prevence u žáků na 2. stupni pěti brněnských škol* v časopise *Speciální pedagogika*.

Pod názvem příspěvku *Prevalence symptomů mentální anorexie u školní mládeže v České republice* František David Krch a Ladislav Csémy shrnuli poznatky provedené HBSC¹³⁵ studie, ve které bylo osloveno 5 711 dětí z 251 pátých, sedmých a devátých tříd z 87 náhodně vybraných škol v ČR. Cílem bylo posouzení aktuálního výskytu základních

¹³³ Co je to portál? [online].

¹³⁴ MIOVSKÝ, 2009, s. 228.

¹³⁵ Health Behavior in School-aged Children.

příznaků mentální anorexie mezi českou školní mládeží v rámci reprezentativního populačního souboru.

František David Krch patří v současné době k předním českým odborníkům v problematice PPP. Aktuálně se vedle publikování zabývá léčebnou praxí poruch příjmu potravy. V časopise Česká a slovenská psychiatrie napsal článek *Poruchy příjmu potravy a obezita*, věnující se strachu z tloušťky u obézních a postižených PPP. Dále zveřejnil v Psychologii dnes příspěvek *Copak rodiče nevidí, jak je hubená?* Sledovaný článek se zabývá obecně mentální anorexií a bulimií, rodinnou anamnézou a vztahy.

Mentální anorexie s raným začátkem onemocnění je název analyzovaného příspěvku Marie Nesrstové a Jany Kocourkové, ve kterém autorky upozorňují na výskyt této poruchy v mladších věkových skupinách a vymezují specifika v diagnostickém a terapeutickém procesu.

Jana Kocourková je významným českým odborníkem dětské psychiatrie především v oblasti poruch příjmu potravy pro časopis Děti a my napsala stručný článek *Mentální anorexie a bulimie jsou problémem celé rodiny*.

Ve stejném časopise vyšel příspěvek Marie Nesrstové a Petra Tláskala *Děti s poruchou příjmu potravy*. Patří mezi kratší příspěvky, pojednávající obecně o poruchách příjmu potravy.

Slovenská lékařka Eva Gibalová popisuje na příběhu jedné pacientky v článku *Mentální anorexia v ordinácii praktického lékaře pre deti a dorast* závažnost mentální anorexie v praxi, neakceptování diagnózy pacientem a nutnost vzájemné spolupráce specialistů s obvodním lékařem.

O vícerodinné terapii, o její charakteristice, principech a používaných postupech píše Jana Tomanová a Hana Papežová v příspěvku *Vícerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy* pro časopis Česká a slovenská psychiatrie.

Hana Papežová se stala v roce 2008 profesorkou. V problematice poruch příjmu potravy se řadí k nejvýznamnějším odborníkům v ČR. V Psychologii dnes publikovala článek *Rodí se generace budoucích anorektiků?* Podává stručné informace o PPP, centrech pomoci a prevenci.

Anglický text M. J. Oliviera *Anorexia nervosa – výzva pro pedagogické psychology* přeložili Jana a Jiří Marešovi. Zahrnuje studii porovnávající dvě skupiny děvčat

ve věku 15–20 let. Olivier dospívá k závěru, že nemocné dívky se liší od zdravých charakteristikami své osobnosti i mezilidskými kontakty.

Zakladatelka a ředitelka Občanského sdružení Anabell Jana Sladká Ševčíková přispěla do časopisu *Prevence sociálně nežádoucích jevů* článkem *Poruchy příjmu potravy - stále častější téma*, který obsahuje několik kazuistik, informace o PPP a možnosti prevence. *Aby ideál krásy nezabíjel* je krátký příspěvek výše jmenované autorky o poruchách příjmu potravy v časopise *Děti a my*.

Dle německého originálu autorky Bärbel Wardetzki *Mentální anorexie a bulimie v kontextu rodiny* byl publikován překlad v periodiku *Psychologie dnes*. Autorka píše o tématech, jako je prvotní šok, hledání viníků, neurotické pocity viny a vznik spoluzávislosti v rodině.

V periodiku *Psychologie dnes* byl uveřejněn článek Elišky Brimové, studentky psychologie, *Ideál krásy: štíhlí a svalnatí*, ve kterém popisuje vlastní výzkum zaměřený na vnímání a hodnocení vlastního těla u mladých žen a mužů.

V rozhovoru redaktora Učitelských novin Lukáše Doubravy a Františka Faltuse, který patřil svého času k předním světovým odborníkům v problematice poruch příjmu potravy, se čtenář dovídá o charakteristice obou poruch, příčinách jejich vzniku a možnosti prevence.

Autorská dvojice Ladislav Chvála a Ludmila Trapková společně publikovali několik článků, a to v periodiku *Psychiatrie Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému*, ve sborníku *Psychoterapie O spících mužích a nenasycených ženách*. Své zkušenosti shrnuli v příspěvku *Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let*.

Pro analýzu dat byly vybrány vedle časopiseckých článků webové stránky v českém, německém a anglickém jazyce podle obsahu, uspořádání a vzhledu.

National Association of Anorexia Nervosa & Associated Disorders (ANAD), v překladu Národní asociace anorexie nervosy a přidružených onemocnění je americkou neziskovou organizací do roku 1976, která usiluje o prevenci a zmírnění problémů jídelních poruch, zahrnujících převážně anorexii nervosu a bulimii nervosu. ANAD se snaží vzdělávat veřejnost i odborníky v péči o zdraví, v problematice PPP a v poznávání nových léčebných metod. V současné době je ředitelkou organizace Laura Discipio. Na provozu asociace se podílí tým zaměstnanců. Uživatel webu ANAD zde nalezne informace pro postižené PPP, jejich blízké a zájemce o tuto problematiku. ANAD umožňuje sdílení informací

a diskusi na fóru, vyhledání pomoci a zapojení se do skupin. Poskytuje kontakty na odborníky a odkazy na literaturu, součástí je také krizová linka.

Cílem internetové komunity o poruchách příjmu potravy EatingDisordersOnline.com je spojovat lidi kolem problematiky poruch příjmu potravy tím, že poskytuje stručné, aktuální informace a místo setkání pro ty, kteří hledají informace o PPP a zajímají se o tuto problematiku. Podobně jako jiné stránky umožňuje vstup do podpůrných skupin. Web obsahuje mnoho informací, odkazů a možnost využití jejich call centra. Včetně klasických jídelních poruch uvádí ještě odkazy na stránky a informace k tématu náruživé cvičení, jinak také anorexia atletika¹³⁶. Jedná se o kompulzivní cvičení, kdy postižený necítí požitky, ale povinnost k pohybu. O provozování stránek a jejich vzniku nejsou uvedeny bližší informace.

Anglická národní organizace pro každého, kdo trpí v důsledku poruch příjmu potravy ABC – anorexia and bulimia care se snaží rozšířit informace o PPP do obecného povědomí. Na stránkách ABC jsou poskytovány informace o poruchách pro pacienty, pro zájemce i odborníky. Tým pracovníků není uveden. Návštěvník stránek se může obrátit na organizaci telefonicky a emailem.

Magersucht.org je německé webové sídlo převážně informující o PPP a zdůrazňující jejich vážnost v současné společnosti. Obsahuje několik tematických okruhů: alarmující signály, vznik onemocnění, diagnóza, symptomy, následky onemocnění, diferenční diagnóza, terapie, jednání s nemocnými, ko-závislost, svépomoc. Autorem stránek z roku 2009 je Jens Kleinholz.

Účelem německé neziskové organizace magersucht.de je poskytování informací o PPP. Záměrem stránek není nahrazení profesionální pomoci, jak autoři varují. Tyto stránky poskytují určitou formu zprostředkování informací mezi pacienty, rodinnými příslušníky a odborníky. Stránky jsou provozovány týmem pracovníků.

Magersucht-Online se zabývá jídelními poruchami. Obsahují mnoho informací pro pacienty, pro jejich rodinu, pro zájemce o toto téma i odborníky. Za informace na tomto webu je zodpovědný tým pracovníků. Stránky Hungrig-Online jsou navzájem provázány a obsahují další sídla jako bulimia – online, záchvatovité přejídání – online a další.

Svépomocná asociace léčení psychogenních poruch příjmu (SAPPP) potravy byla založena v roce 1992 na základě zahraničních zkušeností pro péči o příbuzné i pacienty s poruchami

¹³⁶ Exercise Addiction, Anorexia Athletica

příjmu potravy. Cílem je pomoci v dostupnosti psychoedukace a kvalitní péče o pacienty s poruchou příjmu potravy a jejich příbuzné, zprostředkovat interdisciplinární komunikaci odborníků a vzdělávání v této oblasti.¹³⁷

Občanské sdružení Anabell provozuje od roku 2002 internetové stránky, které poskytují informace o tomto onemocnění osobám s poruchami příjmu potravy (tedy s nemocemi jako jsou mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání), jejich rodičům i životním partnerům. Autoři stránek navazují kontakty s předními odborníky v České republice i v zahraničí a usilují o maximální vzájemnou komunikaci. Jednou za 2 měsíce vydává sdružení také elektronický zpravodaj Anabell. Na stránkách nalezneme mimo jiné také Anabell linku, diskusní fórum a internetovou poradnu.

Internetový portál ideální.cz, dříve pppinfo se zabývá tématem poruch příjmu potravy - mentální anorexií, bulimií a záchvatovitým přejídáním. Vznikl na jaře 2002 ve spolupráci klinického psychologa Jana Kulhánka a lékařky Hany Papežové s podporou Svépomocné asociace pacientů s poruchou příjmu potravy.¹³⁸ Hlavním cílem je, aby zde široká veřejnost našla užitečné a praktické informace. Autoři nabízejí i služby pro odbornou veřejnost a studenty pomáhajících profesí. Uvádí zde mnoho odborných článků, nejrůznějších konkrétních návodů a doporučení (např. práce s jídelníčkem), nabídky kontaktů na kvalitní odbornou pomoc či vybranou literaturu. Důležitou součástí portálu je možnost návštěvníků podělit se o své zkušenosti s těmito problémy nebo o nich přímo diskutovat. Byla vytvořena i internetová psychologická poradna, na kterou je možno se bezplatně obrátit se svými problémy.¹³⁹

4.1.2 Sekundární analýza

Sekundární analýza mapuje způsob zobrazování dat. Na základě konzultace s vedoucím práce byl pro zobrazení dat vybrán protokol, který je sestaven z vyselektovaných oblastí týkajících se poruch příjmu potravy. Při tvorbě protokolů došlo ke zjištění, že se některé kategorie mohou vzájemně prolínat. To odporuje Keerlingerovým základním pravidlům kategorizace. Kategorie musí být vyčerpávající, musí se vzájemně vylučovat a každá jednotka musí být zařaditelná pouze do jedné kategorie.¹⁴⁰ Další možné přístupy k obsahové analýze jsou deskriptivní a teoretický postup. U deskriptivního se maximálně

¹³⁷ SAPPP: poruchy příjmu potravy [online].

¹³⁸ Ideální.cz [online].

¹³⁹ Ideální.cz [online].

¹⁴⁰ MIOVSKÝ, 2009, s. 240.

respektuje povaha dat a snažíme se o to, aby kategorie vycházely ze stejného výkladového rámce a přísně se držely linie textu. V tomto smyslu se hovoří o analytické indukci. Při přístupu teoretickém se kategorie konstruují na základě teoretických konceptů, označovaných jako analytická dedukce. První přístup je vhodný pro vytváření teorií, zatímco druhý, teoretický je vhodný k ověřování již existujících teorií.¹⁴¹ V této výzkumné činnosti se přikláním spíše k deskriptivnímu přístupu.

Při volbě oblastí týkajících se PPP bylo několikrát pozměněno jejich znění, např. kategorie *Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy* místo *Doporučená literatura ohledně PPP*. Dále byla vynechána kategorie *Text o PPP*, jako nadbytečná a zahrnula se do *Psychologické podpory*, která má povětšinou informativní charakter. Navíc byla určena oblast *Výchovná opatření*. Vznikl tedy seznam následujících 10 kategorií:

Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy;

Jídelníček, potraviny, diety;

Láska, sexuální život; Léčba;

Oblékání, móda, ideály, styly;

Prevence;

Příběhy postižených mentální anorexií;

Psychologická podpora;

Výchovná opatření;

Vztahy v rodině.

Prvním krokem k celkovému zanesení dat do protokolu je tvorba pilotního protokolu, který je podroben zkoušce. Tyto kategorie jsou analyzovány dle výskytu v článku či webu. Když se daný příspěvek nebo web zabývá určitou kategorií **zcela**, znamená to, že se převážně věnuje pouze jedné oblasti a v protokolu je označen třemi hvězdičkami. Další možnou variantou je, že článek obsahuje určitou kategorii **zčásti** – dvě hvězdičky. Pokud se sledované oblasti jen dotýká, označíme možnost **okrajově** – jedna hvězdička. V případě, že článek či web se danou oblastí **vůbec** nezabývá, je v kolonce pomlčka. (viz příloha č. 1 – Pilotní protokol)

Kategorie *Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy* se zabývá oblastí zdrojů literatury, četností, popř. jejich kvalitou a přítomností seznamu literatury či doplňujících poznámek. Zevrubný seznam poznámek byl pouze v článcích Richarda Jedličky. Články obsahovaly odkazy a citace odborné literatury až na 5 výjimek, zaznamenaných

¹⁴¹ MIOVSKÝ, 2009, s. 240.

v protokolech 15, 18, 19, 20, 21. Články, které neuváděly žádnou použitou literaturu, byly poměrně stručné na 1 až 2 stránky. Z odkazů článků vyplývá, že mezi nejčastěji citované české autory tématu poruch příjmu potravy patří František David Krch, Jana Kocourková a Hana Papežová.

Žádný článek neobsahoval jídelníček. V protokolech 6, 9, 10, 19 a 21 se ukázalo, že se oblasti *Jídelníček, potraviny, diety* věnovalo 5 článků **okrajově**, v ostatních případech **vůbec**. Jednalo se spíše o zmínky ohledně jídelních návyků, režimu, např. v protokolu č. 6, vypracovaném na základě článku Poruchy příjmu potravy a obezita, ve kterém píše Krch, že většina mladých žen zaměňuje redukční dietu za normální jídelní režim. Tyto nevhodné standardy jsou často v pozadí jejich nepřiměřených aspirací a důvodem, proč jsou připraveny se nekriticky ztotožnit s dietními postupy určenými obézním nebo somaticky nemocným.¹⁴² Papežová a Tomanová považují společné stolování v rámci rodinné terapie za nezbytnou (Protokol č. 9). V Psychologii dnes popisuje Papežová případy klamavé reklamy, jako např. 0 % tuku v jogurtu, 4 sušenky dodají energii na celé dopoledne. Proti těmto reklamám se zaměřují pracovníci Centra pro poruchy příjmu potravy a snaží se spolupracovat se zákonodárci (Protokol č. 10).¹⁴³ V rozhovoru s redaktorem Učitelských novin říká Faltus, že v rámci prevence je důležité zdůrazňovat nezbytnost pravidelného denního režimu a správné výživy. Zvláště v době dospívání by se měl dodržovat rytmus pěti jídel denně (Protokol č. 19).¹⁴⁴ Tláskal a Nesrstová v článku Děti s poruchou příjmu potravy popisují počátek onemocnění, dívky začínají omezovat vydatná, tučná jídla. Postupně pak začnou redukovat i potraviny s minimální kalorickou hodnotou, často i příjem tekutin (Protokol č. 21).¹⁴⁵

V protokolech 1, 2, 14, 17 a 22 se ukázalo, že autoři článků se sledovanou oblastí *Láska, sexuální život* zabývali jen **okrajově**, ve zbylých případech **vůbec**. V prvním článku píše Jedlička o fyziologických aspektech somatického zrání, kdy se rozvíjejí sekundární pohlavní znaky, dochází k akceleraci růstu a manifestaci složitých neurohormonálních regulací tak, aby nakonec bylo dosaženo plné schopnosti sexuální reprodukce. Odborníci zabývající se terapií poruch příjmu potravy pokládají za významné spouštěcí mechanismy choroby vývojové procesy spojené s uvolňováním se dospívajících dívek z primární

¹⁴² KRCH, 2001, s. 166–167.

¹⁴³ PAPEŽOVÁ, 2008, s. 44–45.

¹⁴⁴ FALTUS, 1997, s. 44.

¹⁴⁵ TLÁSKAL, NESRSTOVÁ, 2001, s. 13.

rodiny, emancipací, individuací, přijetím ženské role a akceptací vlastní sexuality.¹⁴⁶ Chvála a Trapková se ve všech sledovaných člancích zabývají sexualitou a dávají do souvislostí vliv sexuality rodičů na děti a jejich dospívání a vlastní sexualitu. Uvádí také případy pacientek s PPP, které mají již sexuálního partnera a bývají tak komplikovanější než ostatní případy.¹⁴⁷

Kategorii *Léčba* se nevěnovalo jen 7 autorů, to lze vidět v protokolech 4, 10, 12, 16, 19 a 21. **Zcela** ji obsahovalo 5 článků (Protokol č. 5, 14, 17 a 22), **zčásti** 3 (Protokol č. 7, 9 a 11) a **okrajově** 9 zbývajících. Do oblasti *Léčby* byl zařazen i článek Krcha a Csémy (Protokol č. 5), který se jí přímo netýkal, ale zaměřoval se na výzkum a zjištění diagnostických kritérií u žáků druhého stupně základních škol. Článek Chvály a Trapkové Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému shrnuje obraz rodiny z klinické zkušenosti autorů, tedy z praxe rodinných terapií (Protokol č. 14). Průběžnou reflexi své práce zaznamenala výše zmíněná autorská dvojice v příspěvku Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let, a proto byla v 17. protokolu označena *Léčba zcela*. Stejně tak tomu bylo i u článku stejných autorů v 22. protokolu, kde oblast *Léčba* zahrnuje mapování jednoho z léčených případů v 9 sezeních. Částečné zaměření na sledovanou oblast bylo označeno u článku Kocourkové a Nesrstové, ve kterém popisovaly léčebné metody a přístupy. Další dvojice autorek se zabývala vícerodinnou terapií a jejím průběhem u 4 rodin, v nichž trpěla dívka PPP (Protokol č. 9).

Kategorie *Oblékání, móda, ideály, styly* je zaznamenána v 10 protokolech **okrajově** a v jednom článku **zčásti**. Napsala ho studentka Brimová, která píše o tzv. „zkroceném těle“, které je nejen štíhlé, ale i pevné. (Protokol č. 16). Okrajovou náplň článků souhrnně tvořily především úryvky o bigorexii, narcismu, wellness stylu, vlivu reklam a masmédií, kritice obezity a ideálu štíhlosti. V ostatních 10 člancích se tato oblast **vůbec** neobjevila.

Prevence dominuje pouze v jediném příspěvku Papežové (Protokol č. 10), která situaci prevence v ČR srovnává se zahraničím a upozorňuje na několik nedostatků. Ve 4 případech se jí zabývají autoři **zčásti** v souvislosti s úkolem pedagoga, nácvikem adaptivního řešení situací, potřebou odbornosti a pravidelného režimu ve škole (Protokol č. 1, 2, 3 a 19). 11 článků se dotýká této oblasti jen **okrajově** a 6 se o prevenci **vůbec** nezmiňuje.

¹⁴⁶ JEDLIČKA, 2002, s. 322 a s. 327.

¹⁴⁷ CHVÁLA – TRAPKOVÁ, 2000.

Polovina vybraných časopiseckých článků neobsahovala žádné příběhy o postižených PPP. V protokolech 7, 9 a 12 se kategorie *Příběhy postižených mentální anorexií* vyskytuje **zčásti** a v jednom případě tvoří jádro příspěvku Evy Gibalové (Protokol č. 8). Zbýlých 7 protokolů vykazuje tuto oblast **okrajově**.

Pojednání problematiky poruch příjmu potravy z hlediska psychologického, prezentování výzkumu ohledně problematiky PPP a čistě informativní charakter o jídelních poruchách náleží do kategorie *Psychologická podpora*. Žádný článek se touto kategorií **vůbec** nezabýval. Okrajovou náplní byla tato oblast ve 14 případech. Ve 4 příspěvcích tvořila *Psychologická podpora* obsah **zčásti** a stejný počet se této kategorii věnoval **zcela**.

Předposlední prezentovanou sledovanou oblastí v analýze časopiseckých článků jsou *Výchovná opatření*. V žádném článku nebyla tato kategorie hlavním obsahem. Ve 14 případech se neobjevila **vůbec**. U 4 stejných protokolů jako u kategorie prevence byly zaznamenány i *Výchovná opatření zčásti*, jedná se o autory: Jedličku, Fialovou a Faltuse.

V rámci sociálních kontaktů je sledována především kategorie *Vztahy v rodině*, zahrnující i jiné interpersonální vztahy. Tato kategorie je stěžejním tématem článku německé autorky Wardetzki (Protokol č. 15). Částečným objektem zájmu je i v případě 9. protokolu o vícerodinné terapii. V 6 protokolech se tato kategorie neobjevila **vůbec** a ve zbylých 14 jen **okrajově**, jako součást kazuistiky, jinde je zdůrazněn význam vztahů v rodině obecně.

K analýze internetových stránek byly použity též záznamové archy v celkovém počtu 9 protokolů, které budou analyzovány postupně jeden po druhém.

První protokol je zaznamenán z údajů na portálu Idealni.cz, který je velmi obsáhlý a vyskytují se zde téměř všechny uvedené kategorie až na *Výchovná opatření*. 5 oblastmi se zabývá **zčásti**: *Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice poruch příjmu potravy; Jídelníček, potraviny, diety; Léčba; Příběhy postižených mentální anorexií a Psychologická podpora*. Návštěvníci portálu zde naleznou rady a doporučení ohledně stravování, mnoho příběhů postižených PPP, přehledný seznam odborné literatury a dalších zdrojů, informace o terapiích a centrech léčby a samozřejmě také o samotných jídelních poruchách. Zbylá témata se na stránkách nachází jen **okrajově**.

Stránky občanského sdružení Anabell jsou opět velmi rozmanité a týkají se z větší části kategorií *Léčba; Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice poruch příjmu potravy; Příběhy postižených a Psychologická podpora*. Zpočátku byly skryty některé kategorie,

protože byly umístěny pod jedním odkazem Články a vaše příběhy. Podobně jako na stránkách Idealni.cz se zde **vůbec** nenachází *Výchovná opatření*. Následující oblasti se objevují na stránkách Anabell **okrajově**: *Jídelníček, potraviny, diety; Láska, sexuální život; Oblékání, móda, ideály, styly; Prevence a Vztahy v rodině*.

Poslední vybrané české webové sídlo Svépomocné asociace léčení psychogenních poruch příjmu potravy se **zcela** zabývá *Léčbou*, uvádí informace o léčbě, kontakty a lékaře.

SAPPP se **vůbec** nevěnuje tématům: *Příběhy postižených mentální anorexií; Oblékání, móda, ideály, styly; Jídelníček, potraviny, diety; Láska, sexuální život*. O ostatních oblastech pojednává **okrajově**.

V pořadí 4. protokol čerpal z německého portálu Magersucht-Online, který obsahuje velké množství odkazů a informací ohledně poruch příjmu potravy. Pozornost je věnována **zčásti** *Psychologické podpoře a Odkazům na literaturu a jiným zdrojům o problematice PPP*. **Okrajově** zde nalezneme kategorie: *Léčba; Prevence; Příběhy postižených mentální anorexií a Vztahy v rodině*. Ostatní oblasti na stránkách nemají uplatnění.

Pro zhotovení dalšího protokolu byl zdrojem německý web Magersucht.de, který se věnuje informativnímu charakteru v rámci *Psychologické podpory a Odkazům na literaturu a jiné zdroje o problematice PPP*. Naopak se **vůbec** neprobírají témata: *Jídelníček, potraviny, diety; Prevence; Výchovná opatření*. Zbývajících oblastmi se stránky zabývají jen **okrajově**.

Magersucht.org se **zcela** týká *Psychologické podpory*, převládá totiž informativní charakter. **Okrajově** obsahuje kategorie: *Vztahy v rodině; Léčba a Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy*. Další oblasti se na stránkách **vůbec** nevyskytují.

Anglický portál ABC – anorexia and bulimia care se **zcela** zabývá informováním uživatelů, spadajícím do kategorie *Psychologická podpora*. Další oblasti jsou obsaženy jen **okrajově**, a to *Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy; Prevence; Příběhy postižených mentální anorexií a Vztahy v rodině*. Zbýlými kategoriemi se portál **vůbec** nezabývá.

Stránky EatingDisordersOnline.com obsahují kategorie *Léčba a Psychologická podpora zčásti*. Prevencí relapsu se zabývá **okrajově**. Zbytek sledovaných oblastí nebyl zaznamenán.

Poslední protokol analyzuje americké stránky ANAD, zabývající se **zčásti** kategoriemi: *Léčba; Prevence a Psychologická podpora*. Dvě oblasti vynechává úplně z okruhu zájmu:

Jídelníček, potraviny, diety a Oblékání, móda, ideály, styly. Dalším sledovaným tématům se věnuje **okrajově**.

4.1.3 Terciární analýza

Terciární analýza je zaměřena na souhrnný obsah analyzovaných časopiseckých článků a webů na základě výskytu (**zcela, zčásti, okrajově, vůbec**) sledovaných kategorií. Z protokolů lze vysledovat, že 5 článků (Protokol 4, 6, 18, 20 a 21) se věnovalo **zcela** *Psychologické podpoře* ve smyslu informativního charakteru o poruchách příjmu potravy. 4 články (Protokol 5, 14, 17 a 22) se **zcela** zabývaly *Léčbou*. Téma *Prevence* bylo hlavním obsahem pouze jednoho článku (Protokol 10). *Příběhy postižených zcela* dominovaly též v jednom článku (Protokol 8) a taktéž *Vztahy v rodině* (Protokol 15). Celkem 4 články se zabývaly částečně *Prevencí* (protokol 1, 2, 3 a 19), *Psychologickou podporou* (Protokol 11, 12, 13 a 16) a *Výchovnými opatřeními* (Protokol 1, 2, 3 a 19) a 3 se částečně zaměřovaly na *Léčbu* (Protokol 7, 9 a 11) a *Příběhy postižených* (Protokol 7, 9 a 12). Nejvíce zobrazovanou mírou zaměření je **okrajově**. Každou z uvedených oblastí se **okrajově** věnovaly nejméně 4 články, a to konkrétně *Výchovným opatřením*. V 17 příspěvcích byly uvedeny **okrajově** *Odkazy na literaturu*, v dalších 14 *Vztahy v rodině*. 13 článků se **okrajově** týkalo *Psychologické podpory* atd. Nejméně probíraná témata v časopiseckých příspěvcích byla *Jídelníček, Láska a sexuální život*, těm se nevěnovalo 16 z 22 článků, a *Výchovná opatření*.

V analýze protokolů webů se ukázaly podobné výsledky. Nejčtenější mírou zaměření je opět **okrajově**. **Vůbec** se až na 2 (Protokol č. 1 a 2) weby nezabývaly *Jídelníčkem* a *Výchovnými opatřeními*. Weby převážně se zabývající jedním tématem jsou pouze 3, z toho 2 se věnovaly **zcela** *Psychologické podpoře* a jeden *Léčbě*.

Jak ukazuje analýza protokolů, potvrzuje se, že se většina článků a webů zaměřuje spíše na informace o vzniku, průběhu a léčbě poruch příjmu potravy. *Prevenci* jídelních poruch se věnuje jen několik málo autorů **zcela**, povětšinou **okrajově** či **vůbec**. Sledované oblasti *Láska* a *Oblékání* stojí mimo hlavní proud zájmu odborných autorů, i když to jsou pro většinu dospívajících důležitá témata, která mohou negativně ovlivňovat adolescenty ve vztahu k vlastnímu tělu. Minimálně se dozvídáme o problematice *Vztahů* nejen v rodině. Často se s ní setkáváme až v souvislosti s léčbou nebo prevencí, popřípadě v kazuistikách.

Nedostatek informací nacházíme také v oblasti *Výchovných opatření*. Z interpretovaných výsledků lze vysledovat, že tématu prevence je věnován nedostatek pozornosti. Klíčovými obsahy článků je především psychologická podpora informativní povahy.

4.2 Případové studie

4.2.1 Kazuistika A. B.

Rodinná anamnéza dívky A. B.:

Rodiče Anny B. uzavřeli manželský svazek po 3 letech známosti, kdy již matka ve svých 19 letech čekala A. B. Otec je o 5 let starší. V době sňatku byli oba v dobrém zdravotním stavu bez nějakých potíží. Matka je vyučená prodavačka, odešla ze střední školy ekonomické s maturitou kvůli horšímu prospěchu. V dětství trpěla žaludečními vředy a téměř každé prázdniny trávila v lázních. Matka je prvorozená ze 2 dcer. Otec ukončil studium průmyslové školy maturitou a je též prvorozený z 3 sourozenců, 1 bratr a 1 sestra. Zpočátku bydleli matka a otec Anny B. u rodičů matky v přízemí rodinného domu. Po 5 letech se odstěhovali do vlastního domu, který postupně předělali. Jejich peněžní situace byla díky matčině snaze šetřit uspokojivá a mohli si díky tomu dovolit koupit a rekonstrukci domu.

Matka pracovala jako prodavačka, později jako podnikatelka a kosmetička. Otec se živil jako řidič autobusu, jednu dobu jako stavební dělník v Německu a poté v automobilce. Nějaký čas byl také bez stálého zaměstnání. Oba dva byli nekuřáci a alkohol pili příležitostně. Matka pravidelně vařila, protože otec si na jídlo velmi potrpěl z domova. Otcova matka byla přísná a autoritativní. Po dvanáctiletém manželství se rodiče A. B. rozvedli. Měli dvě dcery, kterým bylo v době rozchodu 2 roky a 9 let. Příčin rozvodu bylo více a otec si našel novou známost.

Po odchodu otce z rodiny se stala Anna B. matčíným partnerem pro komunikaci a plačtivé sdílení. A. B. částečně převzala břemeno matky. Vztahy rodičů po rozvodu byly neuspokojivé a z otcovy strany vyhrocené. Otec si dokonce násilím vzal majetek z domu za nepřítomnosti bývalé manželky a několikrát ji i při jiné příležitosti uhodil. Anna B. byla velmi citlivá a často plakala. Mladší sestra si ještě ve svém věku situaci tolik neuvědomovala. Ve vztahu otce a matky chyběla komunikace, která automaticky proudila přes dcery. Otec se často vyjadřoval o podobnosti A. B. k matce a varoval ji, aby neměla tak velký zadek jako ona. Obě sestry jezdily jednou za 14 dní do nové rodiny k otci, jeho přítelkyni a její dceři. Zpočátku dcery neuznávaly otcovu partnerku, časem si je ale obě

podmanila. Matka si později našla také známost, kterou obě sestry zprvu neuznávaly. Za nějaký čas se ale situace ustálila.

Sourozenci A. B.:

O 7 let mladší sestra. U sestry se vyskytlo v raném věku astma a alergie s mírným průběhem. Byla často nemocná a MŠ navštěvovala jen zřídka.

Osobní anamnéza A. B. – tělesný, psychický, sociální vývoj:

A. B. je prvorozená dcera i vnučka pro prarodiče z otcovy i matčiny strany. Porod proběhl bez komplikací, porodní váha 3,3 kg, délka 53 cm.

Po narození Anny B. bydlela rodina u prarodičů z matčiny strany a starala se o oni také babička. Oba rodiče byli pracovně vytížení. V raném věku asi od 1 roku byla A. B. v jeslích a pak od 3 let v MŠ, kde se spíše neprojevovala, byla tichá a nenápadná. Ve škole byla snaživá a většinou prospívala na výbornou. Od 1. třídy se přátelila s dívkou velmi štíhlou pravděpodobně se syndromem vybíravosti v jídle. Patřila vždy k vyšším dívkám ve třídě.

Když se narodila mladší sestra, byla v popředí zájmu rodičů a Anna B. se cítila odstrčená. Jako starší sourozenec sestru často hlídala a také ji napomínala. Když matka pracovala v domě jako kosmetička a otec byl pryč, zastupovala A. B. roli pečující o sestru.

Zdravotní stav:

V 9 letech se u Anny B. vyskytlo podezření na zánět mozkových blan, které se po krátkém pobytu v nemocnici neprokázalo. Často si stěžovala na bolesti kolenou, kvůli kterým podstoupila několik vyšetření. Ta byla ale bez nálezu. Jinak netrpěla žádnými chorobami kromě běžného nachlazení a angíny. Ve 13 letech vzniklo onemocnění mentální anorexií, výška: 163–164 cm, nejvyšší váha: 53–55 kg, nejnižší váha: 42 kg.

Anna B. se cítila ze všeho předchozího dění zmatená a pomalu se začala hledat, přičemž na cestě bez východiska našla mentální anorexií. Příchod byl velmi pozvolný, začal důsledným studováním ženských časopisů a především tipů, rad na zhubnutí a cviků k získání a následnému udržení krásné postavy. Zevrubné studování A. B. postupně převáděla do praxe a věnovala se často sportu, jízdě na kole, cvičení, zdravému stravování a zkoumání kalorických hodnot, ze kterého vzešlo neustálé hladovění, protože nakonec nic nebylo dobré, jen vzduch. Měřila 164 cm a tato výška jí zůstala dodnes, měla primární amenoreu. Její váha se před onemocněním anorexií pohybovala okolo 50 kg. V době, kdy si matka a její partner onemocnění všimli, vážila A. B. ve 14 letech 42 kg, hned ji varovali, že pokud se její váha ještě sníží, odvezou ji do nemocnice. Otec si ničeho nevšímal. Tehdy

si Anna B. uvědomila, že asi opravdu není něco v pořádku. Od této doby začala bojovat s mentální anorexií, i když zpočátku neúspěšně. Na přání rodičů, aby A. B. zase z ničeho nic začala jíst, které samozřejmě nefungovalo, vyhledali odbornou pomoc u pana doktora Ch. Otec s docházením na sezení nesouhlasil, později se jich i přesto párkrát zúčastnil. A. B. omezila víkendové návštěvy u otce. Matka a její přítel si s Annou velmi často povídali, i když zpočátku to byly povětšinou hádky. Po nějaké době se komunikace stala skoro pravidelností a situace se jakoby obracela k dobrému. Na 15. narozeniny už se cítila A. B. mnohem lépe a měla již i vyšší váhu. Dala si nové cíle, učila se na přijímací zkoušky na gymnázium do Prahy, kam se pak celá rodina za matčíným partnerem přestěhovala. Od té doby otce nenavštěvuje a vidí se spolu jen sporadicky. Anna začala nový život bez závislosti na mentální anorexii.

Vlastní komentář A. B.:

„S odstupem času se na tuto životní zkušenost dívám s nadhledem a díky vytlačení nepříjemných zážitků z paměti jsem skoro zapomněla na hrůzy, které jsem prožila. Když jsem viděla videozáznam z té doby, opravdu mě polilo horko, protože to vůbec žádná sranda s mentální anorexií nebyla, i když u mě měla jen poměrně krátký průběh okolo jednoho roku. Vzpomínám si na stavy vyčerpanosti a mdlob, padání vlasů lámání nehtů. Byla jsem bezohledná k vlastnímu tělu a měla zvýšený práh bolesti, proto jsem nevnímala malá zranění, často jsem měla pohmožděniny, odřeniny a od toho zjizvené tělo, nohy a ruce. Cítila jsem se sama, bezradná, bezcenná, bez chuti k životu, bez lásky k sobě samé, ani jsem se na sebe už nemohla podívat do zrcadla. Slovy ani nelze vše vyjádřit, jsem nesmírně šťastná, že jsem tuto životní zkušenost zvládla především s pomocí mé rodiny, která se mnou měla trpělivost a ukázala mi nové možnosti a cesty života.“

4.2.2 Kazuistika M. N.

Rodinná anamnéze dívky Marie N.:

Rodiče M. N. se znali už od dětství, bydleli blízko sebe. Když matka Marii čekala, bylo jí 19 let a otcí o rok více. Oba rodiče Marii N. plánovali a v té době ještě studovali. Do manželství vstoupili 4 měsíce po narození M. N. Zpočátku bydleli pár měsíců u babičky M. N. z matčiny strany, poté 3 roky v podnájmu a dodnes žije celá rodina v bytě 3 plus 1. Otec studoval VŠ při zaměstnání a matka SŠ. Matka pracuje jako zdravotní sestra a otec jako státní zaměstnanec. Nikdo z nich neměl žádné závažnější zdravotní problémy. Oba rodiče kouří a alkohol pijí přiměřeně. Někdy se u rodičů vyskytují sklony

k perfekcionismu. V rodině byly snahy o zdravější stravování. Matka nikdy žádné diety nedržela, tělesnou konstitucí je spíše drobnější. Otec je normální postavy.

Sourozenci M. N.:

Bratr o 6 let mladší. Vyskytla se u něj alergie na oříšky, při jejím zjištění došlo až k ohrožení života. Jedl vždy hodně. Postavu má velmi štíhlou až šlachovitou. Rád sportuje.

Osobní anamnéza M. N. – tělesný, psychický, sociální vývoj:

Marie N. je prvorozená i jako vnučka pro oba prarodiče. Během přirozeného porodu se vyskytly potíže a matka musela dostat transfuzi. M. N. vážila 3,65 kg a měřila 49 cm. Navštěvovala jesle a od 3 let chodila do školky. Byla velmi přizpůsobivá a dobře se adaptovala v kolektivu. Ve škole si vybudovala pozici třídní premiantky. Když byla starší, často hlídala svého mladšího bratra, vodila ho do školky, později do školy a starala se o něj, když byli oba rodiče v zaměstnání.

Zdravotní stav M. N.:

Prodělala běžné dětské nemoci a drobnější úrazy. V době dospívání se začaly objevovat silné migrény, které nyní ustupují. I přesto 2–3krát do roka prodělá klasický migrénový záchvat. Mentální anorexie se u M. N. vyskytla v době dospívání v 15 letech. Výška 164–165 cm, váha nejvyšší: 52 kg, nejnižší: 42–40 kg.

M. N. chtěla být ve všem dokonalá, a když ve škole dostala známku chvalitebně, plakala a připadala si neschopná, jakmile neměla jedničku. Začátek onemocnění byl nenápadný, Marie chtěla vážit méně než 50 kg. Hubnutí se jí zalíbilo a učinila si z něj koníček. Něco, do čeho jí nikdo nemůže mluvit, co je jen její a v čem může být dobrá, nejlepší.

Mentální anorexie byla diagnostikována v 15 letech při povinné lékařské prohlídce pediatrem a potvrzena byla i neurologem. Byly jí doporučeny návštěvy psychiatra. Marie N. si nemoc nepřipouštěla, myslela si, že jí všichni závidí štíhlost a že je úplně zdravá. Dětský lékař Marii pohrozil, že pokud zhubne ještě jedno kilo, pošle ji do nemocnice. Doma stále plakala, dělala scény a zřejmě i kvůli psychickému vyčerpání zhubla další kilo. Lékař jí dal ještě jednu šanci, poslal ji na různá vyšetření, ze kterých se nakonec prokázala avitaminosa, anémie (nedostatek železa), podrážděný žaludek a velmi nízký tlak. Rodiče i přesto obměkčila a přesvědčila je, že to zvládne sama a že k odborníkovi nepotřebuje. Následovalo lhaní a podvody ohledně jídla. Jídlo schovávala, vyhazovala, společnému stolování se vyhýbala. Váhu doma tajila, chodila ve volném oblečení, aby nikdo nepojal podezření ohledně jejího stavu. Ve škole byla

středem pozornosti, což se jí zpočátku líbilo a byla na to pyšná, že má něco, co nikdo nemá, že si svou postavu vydobyla vlastním úsilím. Zanedlouho bylo vše odhaleno a M. N. nuceně alespoň pár kilo přibrala, pak zase zhubla. S nástupem na gymnázium chtěla sama přibrat, aby se zbavila své pověsti anorektičky ze ZŠ. To se jí podařilo a situace vypadala, že se M. N. vydala na cestu k uzdravení.

V posledním maturitním ročníku gymnázia ale poprvé spadla do bulimie a vše se vrátilo ještě v mnohem horší podobě. Marie N. k tomu napsala toto: *„Vzpomněla jsem si na slova doktora, který říkal, že teprve po pěti letech se dá říct, že člověk anorexii překonal. Uplynuly čtyři roky a je to tu zas. Nemůžu říct, že jsem to nevěděla, po ty čtyři roky to bylo v takové latentní fázi, ale měla jsem „to“, v hlavě. Jen jsem čekala, až budu slabá a pustím ji zas do svého života. V té době jsem se rozešla s přítelem, nezvládala učení a cítila, že se na mě všechno valí, že už nemůžu a nezvládnou to, a bála se toho, co bude. Někdy jsem měla i takové myšlenky, že bych nikomu nechyběla, že na světě zabírám místo někomu, kdo si života bude vážit. Možná ve chvílích nejhorší deprese se bojím, že bych si asi byla schopná něco udělat, ale dokud tu jsou rodiče, bratr a babička, nemůžu. Nerada působím lidem bolest, to spíš sobě. Vevnitř jsem úplně umírala, proč to tak strašně bolí, víc než skutečná fyzická bolest!“*

Bulimii tajila ještě úzkostněji, než skutečnost, že nejedla. Záchvaty zvracení kompenzovala přemírou sportu až na hranici naprostého tělesného vyčerpání. Byla dokonce hospitalizována kvůli metabolickému rozvratu. Stále nechtěla uvěřit, že je nemocná, ani po pobytu v nemocnici na infuzích. Kvůli zvracení měla kritický nedostatek draslíku a mohla si nevratně poškodit srdce. Ani to ji však v honbě za „dokonalostí“ těla nezastavilo. S rodiči navštívila pana doktora Ch. a podstoupili společně několik sezení rodinné terapie. Na žádost Marie N. byla terapie asi po pěti schůzkách ukončena. Nevyhovoval jí praktikovaný přístup k léčbě. Vadila jí již v době plnoletosti přítomnost rodičů. O prázdninách před nástupem na vysokou školu M. N. opět spadla do mentální anorexie. Nejedla, přemáhala hlad, cvičila do úmoru a omdlévala vyčerpáním. Sama napsala: *„Není to o tom, že nechci být zas normální a zdravá. Těžce se to vysvětluje někomu, kdo to nezažil, ten nikdy nemůže pochopit myšlení anorektičky. Ne, nechci vás podceňovat, ty, kteří netrpí PPP a neznají to, ale asi je pravda, že tohle se musí zažít, aby to člověk pochopil. Já taky nerozumím spoustě věcí, co lidé dělají, ale kdybych byla v jejich kůži a prožívala to, co oni, tak to vidím úplně jinak. Děsím se každého přibraného deka. Je to asi stupidní, protože takhle se nemůžu vyléčit nikdy. Ale zase, co bych byla*

bez anorexie? Tohle mám v životě pod kontrolou, aspoň něco bude podle mě a co jiného než moje váha, moje tělo. Někdo umí skvěle derivovat a integrovat, já umím skvěle hubnout, skvěle se zabíjet. Jo, na to mám talent. Někdy se mi zdá, že mám v hlavě dva hlasy, jeden ten rozumný mi říká, ať přestanu, druhý mě nutí dělat opak, a ten je bohužel silnější.“

Pár měsíců se snaží „být normální“, ale potom přijde zase období stresu a M. N. znovu propadne nemoci. Často se jí to stává ve zkouškovém období, nebo díky jinému stresu např. hádka s někým blízkým atd. Minulý rok vyhledala odbornou pomoc u pana doktora K. Naivně si myslela, že jako jeden z největších odborníků na PPP u nás ji jako všemohoucí vyléčí mávnutím kouzelného proutku. Vydržela 9 sezení, při kterých se snažila spolupracovat. Ne zcela jí vyhovoval přímočarý přístup terapie a požadavky na ni kladené se jí zdály nesplnitelné. Nezvládala plnit uložené úkoly, které se týkaly jídla, které neměla ráda. Pacientky si jej s sebou měly nosit a na místě sníst. V případě Marie to byly koblihy, neměla totiž ráda mastná jídla a marmeládu. A tak se sen M. N. na rychlé vyléčení rozplynul. V současnosti nenavštěvuje žádného odborníka a spoléhá se v boji s poruchami příjmu potravy sama na sebe. Nyní je ve stavu, kdy sice už skoro třetí měsíc nezvrací, ale opět omezuje některé druhy potravin a jejich množství. Pravidelné a společné stravování dodržuje pouze o víkendech u přítelových rodičů. Se svými rodiči se M. N. o svých problémech s jídlem nebavila a ani bavit nechce. Přítel se jí snaží pomáhat a podporovat ji ve zvládnutí tohoto obtížného životního období a pro Marii N. je jedinou oporou.

Vlastní reflexe:

„Říkám o sobě, že jsem abstinující bulimička. Postupně prodlužuji intervaly mezi zvracením. Ale ty myšlenky se vždycky po čase vrátí a v hlavě už mi zůstanou. Čeká mě ještě dlouhá cesta, vyhráno zdaleka nemám. Mám podporu přítele, ale rizikový je pro mě jakýkoliv stres. Zůstalo mi mnoho zdravotních následků, ne však tak závažných. Mám namodralé, lámající se nehty, trvale nízký tlak a stále mi je zima. Také mi někdy více padají vlasy a omdlení z nízkého tlaku také není ojedinělé. Motá se mi hlava a mám žaludeční a trávicí obtíže. Některá mastná jídla už prostě nestrávím. Ale věřím, že až budu úplně vyléčená, tak se vše zase vrátí do normálu.“

4.2.3 Kazuistika S. T.

Rodinná anamnéza dívky S. T.:

Rodiče Sára T. uzavřeli sňatek po necelém roce známosti. Oba měli za sebou již jedno manželství. Matku opustil v prvním sňatku manžel s milenkou a jejich syn zemřel v 18 letech, kdy ho přejel vlak. Otec se rozvedl z vlastní vůle a měl 2 již plnoleté děti. Dvojvaječná dvojčata se narodila matce v 38 letech. Otcí bylo 43. Těhotenství bylo rizikové a oba rodiče byli již v pokročilém věku. Matka dokončila vyšší odbornou školu ekonomickou a z politických důvodů pracovala v masném průmyslu a později na Okresní správě sociálního zabezpečení. Otec dokončil technickou školu maturitou, poté pracoval v mezinárodní firmě jako manažer. Pocházel z poměrně chudé rodiny a na studiích byl pouze díky své tetě. Matka pocházela ze zámožnější rodiny.

V době sňatku matka trpěla vysokým krevním tlakem. Otec byl od mládí silným kuřákem, matka nekuřačka. Rodiče se stravovali nezdravě, hlavní důraz byl kladen na mastnou českou kuchyni a sladké domácí pečivo, chyběla zelenina a ovoce. Ani po zjištění diabetu otec nedodržoval dietu. Stejně tak zanedbávala zdravou stravu matka při zjištění žlučkových kamenů a vysokém tlaku. Otec ani matka nebyli zvyklí snídat, což preferovali i u dětí. Jejich prvním jídlem byl oběd a i děti jedly až ve škole. Největším jídlem dne byla večeře. Společné stolování probíhalo pouze v sobotu a neděli při obědě. Otec navštěvoval každý večer (od 19 do 20 hodin) hospodu a popíjel pivo. Rodina bydlela ve vlastním bytě a nedostatek peněz nebyl pocíťován.

Sourozenci S. T.:

O 10 minut mladší dvojvaječná sestra, štíhlá a inteligentní, v rodině dávána Sáře T. za vzor. Otec podporoval sourozeneckou rivalitu dívek. Sesterské vztahy byly neuspokojivé. Sestře Sára T. byla věnována větší pozornost a často byla oproti S. T. chválena a obdivována.

Osobní anamnéza S. T. – tělesný, psychický, sociální vývoj:

Porod proběhl bez komplikací u obou dvojčat, porodní váha S. T. byla 3,5 kg a délka 51 cm. Sára chodila do jeslí a pak do mateřské školky, kde se neprojevovala a byla uzavřená do sebe, kolektivu se stranila. Díky své vyšší váze byla neoblíbená a často byla dětmi psychicky šikanována a napadána a obdobně i ze strany učitelek v MŠ. Tyto psychické útoky kvůli váze ovšem pokračovaly i po příchodu domů, kde ji otec přezdíval jako „velkoprdel“. Rodiče pracovali dlouho do odpoledne, takže dvojčata zůstávala ve školce většinou jako poslední. Ani sestra se se Sárou T. moc nebavila, aby nebyla na posměch ostatním.

Na základní škole byla šikanována spolužáky a často znevýhodňována i třídní učitelkou. Stejně jako ve škole si jí ani sestra nevšímal a mnohdy byla dokonce původcem posměchu S. T. ona sama. Sára T. často připravovala různé třídní akce jako besídku a také vydávala třídní časopis, který pro ni byl v té době smyslem života. Uznání si však nezískala. Samotní rodiče jí dávali štíhlou sestru neustále za vzor. Sára T. mnohokrát plakala a psychická vyčerpaní se podepsala i na jejím prospěchu ve škole, což se stalo dalším argumentem pro rodiče, proč být jako mladší sestra.

Rodiče prý sestře nadřžovali a ona toho zneužívala. Manipulovala rodiči proti S. T. ve svůj prospěch. Sára byla z těchto manipulací často agresivní a následně pak tělesně trestána otcem. Při snaze o domáhání se spravedlnosti v sourozeneckém vztahu byla odbývána slovy: „Moudřejší ustoupí.“

Již od Sářiných 9 let spolu rodiče nespali v jedné místnosti a neustále se hádali. Matka spala se sestrou v dětském pokoji a S. T. s otcem v manželské posteli. Otec často Sáru T. před usnutím osahával i mezi nohama a na hýždích. Sára se svěřila matce, ale ona ji jen utěšovala slovy: „On tě má rád.“ Sáře T. tedy nezbývalo nic jiného než jít opět s brekem spát. Je možné, že došlo i ke zneužití, ale Sára T. si to nevybavuje.

Několikrát se stalo, že při divoké hádce otce s matkou létalo nádobí vzduchem. Matka také nejednou skončila se žlučnickým záchvatem v nemocnici a otec s rozbitou hlavou. Sára T. při těchto hádkách uklidňovala svou sestru, která za ní přicházela s pláčem.

S. T. nebyla ve škole nejlepší, ale i bez učení měla na vysvědčení nanejvýš jednu trojku. Její život naplňoval v tu dobu balet, hraní divadla, hraní na klávesy a zpěv. Škola pro ni byla až na druhém místě, což jí bylo často vyčítáno a za což byla trestána. Když rodičům oznámila, že chce jít na konzervatoř, protože by ji to bavilo, byla odbyta slovy: „To by ses musela s někým vyspat, aby tě tam vzali.“ Z donucení rodičů musela dělat Sára T. přijímací zkoušky na osmileté gymnázium, stejně jako její sestra. Přijímačky nakonec neudělala a za trest jí byly zakázány všechny mimoškolní aktivity. V té době měla v rámci aktivit mnoho přátel. S některými z důvodu osamocení začala v 11 letech chodit do hospody a intenzivně pít alkohol, který dětem obsluha nalila. Každý den přišla domů opilá. Zavřela se však do svého pokoje a rodiče nic nezjistili.

Zdravotní stav S. T.:

Od MŠ do konce 1. stupně ZŠ měla často problémy s ušima, záněty středního ucha, záněty hrtanu, které diagnostikoval pediatr. Kromě běžných úrazů jako zlomenina nohy a onemocnění neprodělala žádné vážnější choroby. Na SŠ se v 17 letech dozvěděla, že trpí

vzácnou genetickou vadou projevující se u dvojčat, tzv. „Rokitanský-Kuster-Hauser“ syndrom a nemůže mít děti. Následně podstoupila neoplastiku a měsíc pobyla v nemocnici a další měsíc byla v domácí léčbě. Na SŠ se objevila chronická cystitida (zánět močových cest) a s tím spojené problémy s ledvinami, které se vracely i během studia na VŠ, při kterém ji trápily také časté opakující se virózy. Anorexie se projevila u Sary T. ve 12 letech, kdy dosáhla své nejvyšší váhy 85 kg a kromě dvouleté přestávky její život provází dosud.

Sára T. nejprve odmítala jíst maso. Otec ji zpočátku nutil jíst násilím pohlavky a výhruškami. V té době už byl otec nemocný těžkou cukrovkou. Svaloval na ni vinu za své onemocnění a mnohdy jí i nadával. Když byl otec ležící pacient a nemohl společně s rodinou stolovat, Sára nejedla maso. Vegetariánství jí vydrželo rok. Po výrazném úbytku váhy cca 10 kg se dále ručička na váze nepohybovala níže a Sára T. začala systematicky odmítat jídlo. Nejprve v jídelně, což nebylo rodiči monitorováno, a poté i doma. Rodina už nevečeřela pohromadě. Jídlo si tedy nosila pod záminkou sledování televize do dětského pokoje. Jako skryš jí sloužily zásuvky psacího stolu. Jednou za týden nastrkala vše do igelitové tašky a vyhodila do popelnice.

Dětský lékař si všiml nápadné podváhy a Sára T. musela chodit každých 14 dní na kontrolní vážení, m. a. ale nediagnostikoval. Lékař pohrozil návštěvou sociální pracovnice i matce, jestli s tím nebude něco dělat. Matka samozřejmě dceru nepřesvědčila, aby přibrala. Sára T. často před návštěvou lékaře vypila 3 litry vody, aby byla těžší, ale i tak šla váha neustále dolů. Týrat se hlady ji bavilo. Cítila vinu za všechno. Za každý pohled se cítila vinná a obvykle ani nebyl důvod. Nejprve jí lichotilo to, že má ploché břicho v době, kdy se ostatní děvčata začala zakulacovat. Dokonce vyhrála i táborovou miss. Konečně byla pro někoho dokonalá. Konečně s ní byl někdo spokojen. V hlavě jí neustále probíhal seznam toho, co snědla, kolik musí udělat doma sedů lehů, párkrát se vyšplhalo číslo i na 500. Už nechodila ani ven se spolužáky a jen cvičila. Pomalu jí to začalo přerůstat přes hlavu a ona sama zjistila, že je nešťastná. Jednoho dne šla do školní jídelny a rozhodla se, že to chce změnit. Tohle byl pro ni bod zlomu a pomalu se učila znovu jíst. Jejím prvním jídlem po tak dlouhé době bylo hovězí maso se „školní“ tatarkou a bramborem. Řekla si, že ho sní a dokázala to. Anorexií trpěla tedy od svých 12 do 15 let, kdy dosáhla nejnižší váhy 37 kg, a pak se její stav na nějakou dobu zlepšil.

Když bylo Sáře 17 let, zemřel otec po 3 letech těžké nemoci a amputaci končetiny. Břímě rodiny bez otce padlo i na Sárku T. Snažila se matce pomáhat a převzala částečně roli otce.

Sára T. začala o víkendech intenzivněji pracovat, aby matku tolik nezatěžovala. Rok se zdálo být vše v pořádku, ale nemoc se opět přihlásila o slovo. Sára začala jíst jen zeleninu. Nápor před maturitou a nemoc přetrhaly veškeré její vazby s okolím. Boj s anorexií nevyhrála. Na vysoké škole šla její váha opět dolů. Při výšce 173 cm měla i 47 kg. V tramvaji párkrát omdlela a ve škole nebyla schopná přemýšlet. Hodně se jí zhoršila pleť, neustále pila jen kávu, žvýkala žvýkačky, hodně pila a nic nejedla. Dovolila si pouze chléb s máslem k obědu a večer papriku. K snídani měla často jen 4 lžice ovesných vloček zalitých teplou vodou s 2 sladidly.

Dokonce vyhledala i pomoc v místě bydliště u lékařky M. v 18 letech a pak ve 24 v místě studia u Mgr. H., ale bez větších výsledků. U obou odborníků absolvovala 4 sezení.

Sára T. se snažila překonat mentální anorexii, ale každý větší stres ji vyvolá znovu. Ve 23 letech jí byly od obvodního lékaře předepsány antidepressiva - Cipralex 10 mg. Při vysazení se anorexie opět vrací a Sára propadá melancholii, častému pláči a pocitu beznaděje, nejistoty, ztráty smyslu života. Pěťadvacetiletá Sára T. ale stále bojuje a doufá v úplné uzdravení.

Vlastní komentář S. T.:

„Moc bych si přála jednoho dne se probudit a ničeho se nebát. Nebát se, že mě někdo opustí kvůli mé nedokonalosti. Přála bych si vstát z postele bez užití antidepressiv a mít radost z nového dne. Mít se ráda. Zažít pocit být dost dobrá.“

4.2.4 Shrnutí poznatků z případových studií

I přes originalitu všech tří studií v nich lze nalézt určité společné rysy. Jedná se o určité podobnosti jak v rodinné, tak v osobní anamnéze.

Rodiče sledovaných dívek neměli v době sňatku ani plánování rodičovství žádné závažné zdravotní ani jiné problémy. Ve dvou případech se u rodičů vyskytovaly sklony k perfekcionismu. Vážnější problémy v rodině se vyskytly u dvou dívek. V jednom případě to byl rozvod rodičů. V druhém se jednalo o nepochopení a neshody rodičů, otcovo obtěžování jedné z dcer, jeho onemocnění a následně pak úmrtí. Dívky trpící poruchami příjmu potravy měly také společné prvorozenectví a jednoho mladšího sourozence, o kterého jako starší sestry pečovaly.

Popisované dívky byly dávány od raného věku do jeslí a MŠ. Na základě Bowlbyho teorie bazálního bezpečí můžeme vyjádřit domněnku, že jejich připoutání k mateřské osobě bylo nejisté. Ve škole a v jiných aktivitách byly snaživé. Toto zjištění odpovídá údajům uváděným např. Papežovou, Krchem, Chválou. Věk dívek ve všech popisovaných studiích

odpovídal nejčastějšímu vzniku jídelních poruch v adolescenci. Kocourková podtrhuje, že separačně-individuační procesy v údobí adolescence probíhají obtížněji u dětí, které se jevily v předchozích vývojových etapách jako nadměrně přizpůsobené.¹⁴⁸ V době trvání anorexie bylo utajování snižované váhy a machinace s jídlem též pro všechny tři postižené společné, stejně jako stranění se kolektivu, introvertní rysy a záliba ve snižování váhy. Forma snižování váhy zkoumaných dívek spočívala zpočátku v omezení potravy a později se snažily o kombinaci s intenzivním cvičením a spalováním tuků pomocí pohybu. U jedné se objevily ještě bulimické praktiky. Počátek vzniku poruch dívek spadá do věku odpovídajícímu 2. stupni na ZŠ. Ve všech případech si pedagogové všimli jejich onemocnění, reakce byly různé. Anna B. zaznamenala vstřícné chování ze strany učitelů, vyptávali se jí, zda nepotřebuje s něčím pomoci. Rodiče pedagogové nekontaktovali. V případě Marie N. to třídní učitelka řešila kontrolovaným svačením M. N. u ní v kabinetě a na třídních schůzkách sdělila podezření matce. Sárku T. si učitelka zavolala k sobě do kabinetu a dala jí přečíst článek o anorexii, snažila se jí domluvit. Vyučující rodinné výchovy se k Sáře T. zachovala nepatřičně a začala na ni ječet. Rodiče kontaktováni nebyli. Co se týče trvání nemoci, průměrná délka onemocnění v našich třech kazuistikách je 5,8 let. Dvě dívky se potýkají s anorexií 8 let a stále nejsou úplně zdravé, při takto dlouhém průběhu hovoříme o chronickém onemocnění. V případě jedné dívky trvala anorexie kolem 1,5 roku a více než 8 let se u ní žádné další problémy nevyskytly. U žádné z dívek se zatím neprokázaly žádné vážnější následky onemocnění. Léčbu psychoterapií vyzkoušely též všechny dívky, dvě z nich bez výsledků, jedna s úspěchem. V rodinném zázemí má jen jedna z dívek otevřené vztahy a podporu rodiny. V dalších studiích je zakotvení v rodině spíše nejisté, dívky se nesvěřují se svými problémy a ani nemají podporu v rodině. Všechny dívky mají v současné době partnera, který je podporuje. Zde hrozí riziko, že se dívky na přitele až přehnaně upnou a zamezí tak přirozenému a zdravému vývoji partnerského vztahu.

V předchozích řádcích bylo pojednáno o určitých podobných rysech příběhů dívek, v následujících odstavcích se zaměříme na charakteristické znaky každé z kazuistik.

Studie S. T. obsahuje velké množství krizových situací, které dívku potkaly během jejího dospívání, se kterými se v té době neuměla vypořádat. Bezvýchodnost své situace se tedy snažila řešit po svém, pomocí ovládání svého těla. Mentální anorexie ji ale trápí i v současné době, především při snaze vysadit antidepresiva.

¹⁴⁸ JEDLIČKA, 2001, s. 104.

Kazuistika M. N. se zprvu jeví jako bezproblémová a neobjevují se v ní žádné zásadní životní situace, které by mohly dívku ohrozit. Jako nejvíce rizikový faktor se v příběhu M. N. projevuje puberta. Závažnost jejího onemocnění tkví především v kombinování s bulimií. Často má také výkyvy nálad a vzácné nejsou ani známky deprese.

Případ Anny B. měl jako jediný šťastný konec s uzdravením. Riziko relapsu je ale podobné jako u vyléčených alkoholiků. O relapsu poruch příjmu potravy se hovoří převážně v souvislosti s prevencí, zatím nebyly provedeny významnější studie či statistiky v této oblasti. Případný návrat onemocnění se může vyskytnout kdykoli. Za nejvíce rizikové je považováno období těhotenství, doba po porodu a také menopauza. V případě A. B. se jako protektivní faktory projeví: podpora rodiny, otevřené a vřelé prostředí přístupné komunikaci a sdílení problémů a přetvoření žebříčku hodnot. Ze studie vyplývá, jak je důležitá opora a pomoc při procesu léčení poruch příjmu potravy v době dospívání. Dívky s nejistou či vůbec žádnou důvěrou a podporou blízkých v počátku onemocnění se s poruchami potýkají dodnes.

4.3 Shrnutí a návrh preventivně výchovného programu

Celý svůj výzkum jsem prováděla na základě údajů získaných z kvalitativního výzkumu založeného na zakotvené teorii s prvky kvantitativního výzkumu, směřujících k návrhu preventivně výchovného programu. V kapitole o prevenci v teoretické části bylo popsáno několik návrhů a připomínek odborníků k této oblasti. Na základě vlastního výzkumu a předchozích zjištěných poznatků se pokusím sestavit v následujícím oddílu návrh preventivně výchovného programu pro ZŠ.

Je několik možností preventivního působení na žáky základních škol. Nejjednodušeji aplikovatelné preventivní působení představuje výuka v oblasti Člověk a příroda v RVP. V některých případech se již na ZŠ pedagogové touto problematikou ve vyučování zabývají. K tomu je potřeba dostatečné vzdělání pedagogů, které je potřeba zajistit. Jiné východisko představují tzv. peergroups nebo jiné formy jednorázového setkání odborníků či vyškolených pracovníků se žáky. V praxi se ale zatím tato varianta v širším měřítku nevyskytuje.

Nejschůdnější řešení dle mého názoru představuje kombinace dvou předchozích přístupů. Navíc by byla vhodná propagace materiálu a letáků o poruchách příjmu potravy, o zdravém vztahu k vlastnímu tělu a o kritickém náhledu na média. Na stránkách SZÚ je k dispozici leták, který spoluvy tvořily lékařky Hana Papežová a Jana Kocourková (viz Příloha 6). Takovýto materiál by se měl dostat do rukou každého žáka a rodiče. Měl

by upozorňovat na projevy a rizika popsané v odborné literatuře. Ideální situace by byla, kdyby se k preventivním snahám přidaly ještě komerční firmy zobrazováním normálních plnoštíhlých žen v reklamě a médiích. Do této věci externě zasahovat nelze. Možná je pouze právní regulace obsahu reklam. Nevhodné obsahy mohou být zakázány.

Ve vlastním návrhu preventivně výchovného programu začneme u vzdělávání pedagogických pracovníků. To spočívá částečně v samostudiu, ale neobejde se bez spolupráce s odborníky formou přednášek či doplňujících kurzů. Zde je důležitá interakce mezi pedagogem a odborníkem. Pro větší efektivitu by byla vhodná vedle soustavné práce v hodinách i práce v peergroups, besedy atd. Opět zde vyvstává otázka vyškolení a vzdělání tzv. peerů a přednášejících. Náplní oblasti vzdělání by měly být nejen znalosti o poruchách příjmu potravy, ale i informace o psychosomatických poruchách obecně. Pedagogičtí pracovníci by měli být poučeni také v oblasti vztahu k vlastnímu tělu a body image.

Za předpokladu dostatečného vyškolení a vzdělání pracovníků by mohla probíhat souvislá práce v hodinách se žáky. Měla by být odstupňována s ohledem na věk žáků. Podporovat by se mělo otevřené, vlídné prostředí ve třídě vhodné ke sdílení a spolupráci žáků. Už v první třídě by bylo vhodné se věnovat alespoň jednou týdně cvičení či hře podporující respektování a přijetí vlastního těla i vzhledu spolužáků. Vhodné jsou také některé metody pro výuku osobnostní a sociální výchovy. Důležitý je rozvoj sebeúcty a sebedůvěry. Pozornost by se měla věnovat také vyšší váze či obezitě. Ty by měly být probírány i v pozitivním světle. Samozřejmě by měl být zmiňován zdravý životní styl, sport, pestrá a pravidelná strava. Přemíra jídla nebo v některých případech sportu či čehokoli jiného tělu neprospívá, ale může mu naopak uškodit. Děti by měly být upozorňovány na fakt, že diety jsou určeny lékařem pro ty, kteří mají nějaké zdravotní problémy a měly by dodržovat specifické jídelní zásady. Pokud nemáme zdravotní problémy a dieta není doporučena lékařem, nemusíme držet diety. V tomto duchu by se pokračovalo do 4. třídy a od 5. Třídy bychom se mohli blíže věnovat i psychosomatickým poruchám a poruchám příjmu potravy.

Na druhém stupni by měli být žáci dobře seznámeni s psychosomatickými poruchami a jídelními poruchami. Zde by byl prostor pro práci v peergroups či pro přednáškové bloky s externími pracovníky. Zajímavá by mohla být spolupráce s psychoterapeuty poruch příjmu potravy, kteří by navštívili školy ve svém okolí v rámci besedy. Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že besedy v rámci protidrogové prevence byly velmi působivé. Podobný

výsledek by mohly mít i besedy proti poruchám příjmu potravy. Otázka je, jestli by byla stejně efektivní účast postiženého jako u protidrogové prevence nebo někoho, kdo se s touto problematikou potýkal. Mohlo by to mít opačný vliv, a to takový, že by se tato osoba stala vzorem. Pokračovat by se mělo v metodách pro výuku osobnostní a sociální výchovy.

Prevenici dítěte může zefektivnit vzdělávání rodičů v oblasti poruch příjmu potravy. Čím je dítě mladší, tím spíše bude preventivní intervence zaměřena na osoby, na nichž je dítě závislé (rodiče).¹⁴⁹ Pro zájemce z řad rodičů či rodinných příslušníků může škola organizovat různé programy či přednášky o psychosomatických poruchách, o zdravém životním stylu, vztahu k vlastnímu tělu a kritičnosti k médiím. Za protektivní faktory v sociálním prostředí můžeme považovat dobré školy, dostupnost kvalitních mimoškolních aktivit a fungující instituce zabývající se péčí o děti.¹⁵⁰

Většina preventivních snah na 1. stupni by měla probíhat hrou. Na druhém stupni by se mělo s žáky především diskutovat, přednášet, ale ani hra nemusí být úplně vynechána. V 1. třídě je nejdůležitější adaptace žáka na nové školní prostředí a nový kolektiv. Rozvoj dobrých vztahů ve třídě a sebeúcty můžeme podpořit vhodnou hrou. Ve spolupráci s rodiči bychom mohli s dětmi organizovat společné svačiny, abychom podpořili režim stravování. Kreativní práce s dětmi je velmi působivá. Měli bychom mít na paměti úctu a respektování odlišnosti. I v dalších ročnících 1. stupně by měla probíhat prevence v rámci her a metodách pro výuku osobnostní a sociální výchovy. Hry a různé další metody je nejlepší vytvořit nebo upravit pro konkrétní skupinu dětí. Účinná může být diskuse v kolečku, ve kterém si povídáme s žáky o různých tématech např. o oblíbeném jídle, zdravé stravě, o kráse, atd.

Na 2. stupni ZŠ by mohly být ještě v 6. a 7. ročníku zvoleny vhodné hry. Pokud budou hrát otevření i starší žáci, je jejich volba na místě. Pro žáky 2. stupně je vhodná diskuse. Není taktní zjišťovat před ostatními nějaké individuální problémy, pro tuto práci je lepší zvolit „papírkovou metodu“, tzn. psaní na papírek, možné i anonymně. V rámci oblasti Člověk a zdraví by mělo být problematice v souvislosti s poruchami příjmu potravy věnováno nejméně 10 vyučovacích hodin. Samotné pojetí látky samozřejmě zůstává na pedagogovi, jak uzná za vhodné. Mým námětem je, aby probral s žáky nejdříve normální zdravý přístup k potravě, sportu a životnímu stylu. Velmi důležité je věnovat

¹⁴⁹ HORT, 2000, s. 478.

¹⁵⁰ HORT, 2000, s. 477.

se médiím a reklamám a upozornit na zavádějící informace, které přináší. V žácích by měl být podporován kritický pohled na média. Od médií by se plynule přešlo k samotným poruchám příjmu potravy a popř. k psychosomatickým poruchám obecně. Kreativní přístup ve zpracování tématu a vlastní práce žáků jednotlivě či ve skupinách je výbornou volbou.

Pro žáky 2. stupně by mohla být zprostředkována i práce ve zmíněných peergroups.

Konkrétní práci je možné uvést až v praxi. Záleží na škole a především na pedagozích, jak se postaví k problematice poruch příjmu potravy a jejich prevenci.

Ludmila Fialová považuje následující témata za žádoucí ve vzdělávacím oboru výchova ke zdraví¹⁵¹:

- Sebepojetí a tělesné sebepojetí (kognitivní, emotivní komponenty...)
- Objektivní metody posuzování těla (vliv dědičnosti, měření tělesných parametrů...)
- Subjektivní metody posuzování těla (nespokojenost s jednotlivými tělesnými parametry, rozpor ideál X skutečnost, perfekcionismus, zaměření na štíhlost...)
- Výživa (složení potravy, stravovací návyky, poruchy příjmu potravy, vedlejší efekty diety...)
- Pohybový režim (intenzita, frekvence, struktura pohybových aktivit...)
- Kvalita života (životní styl, genetické faktory, životní úroveň, životní spokojenost...)

5 Závěr práce

V zadání bakalářské práce s názvem *Mentální anorexie – možnosti preventivního působení školy pro žáky ZŠ* jsem si stanovila dva hlavní cíle. Prvním je teoretické zpracování tématu na základě kritické analýzy příslušné literatury. Další cíl představuje návrh preventivně výchovného programu v oblasti předcházení poruchám příjmu potravy. Výsledků mělo být dosaženo zejména pomocí metod kritické analýzy písemných zdrojů a hermeneutické práce s textem. Vedle předchozích metod byla užita rovněž metoda kvalitativní analýzy obsahu časopiseckých článků a www stránek vztahujících se k problematice poruch příjmu potravy. Při zpracování odborné literatury jsem uplatnila rešerše textů. Vlastní výzkum zmiňovaných textů byl doplněn o případové studie zastřešené zakotvenou teorií.

¹⁵¹ FIALOVÁ, 2005, s. 389.

Statistické zjištění výskytu poruch příjmu potravy je velmi problematické. Pravděpodobně se v České republice počet postižených jídelními poruchami den za dnem stále zvyšuje. Zaměření na prevenci poruch příjmu potravy je ve školském, poradenském, ale i lékařském prostředí, nezbytné. Léčba dospělých pacientů je obvykle problémová. Ve velkém množství specializovaných oblastí v lékařství a v péči o člověka se často ztrácí spojitosti bio-psycho-sociálních kontextů, přičemž práce s ohroženým, nemocným nebo postiženým člověkem vyžaduje komplexnost a flexibilní přístup, provázanost oborů a vzájemnou informovanost, která v současném léčebném a školském prostředí chybí, jak poukazuje mimo jiné i Papežová. Píše, že je u nás nedostatek kvalifikované péče a prevence je mnohdy organizována amatérsky. „Potřeba je zajistit dostupné manuály s informacemi i metodickými postupy, profesní garanci a supervizi této záchranné sítě.“¹⁵² Hlavním podnětem pro vzájemnou mezioborovou spolupráci odborníků je fakt, že poruchy zdraví a nemoci jsou biopsychosociální povahy a pro jejich efektivní léčbu je oborová provázanost nutná.¹⁵³

5.1 Závěry výzkumu a doporučení

Díky provedenému výzkumu můžeme odpovědět na položené otázky. Jaká témata jsou klíčová v obsahu odborných článků a webů? Zčásti byla zodpovězena v terciární analýze. Nejběžnějším tématem článků a webů je obecný informativní obsah o poruchách příjmu potravy. Dalším tématem ve středu pozornosti byla léčba. Výzkumná otázka, do jaké míry se časopisecké odborné články a weby zabývají prevencí, přináší předpokládanou odpověď. Zájem autorů se jen v několika málo případech soustředil na prevenci jídelních poruch. Jeden z mnoha problémů je, že se nepracuje na zachycení případů anorexie a poruch příjmu potravy systematicky. Jak je patrné z předložené práce, anorexie ohrožuje čím dál více lidí hlavně mladé generace. Z tohoto hlediska je vhodné zamyslet se nad tím, zda by nebylo účelné vytvořit systém, který by předcházel a zabraňoval nejhorším důsledkům anorexie a jídelních poruch, protože až v 5 % končí úmrtím. Potřeba vytvoření systému se nejvíce jeví jako zbytečný luxus, ale jako nutnost nového přístupu k člověku.

¹⁵² PAPEŽOVÁ, 2008, s. 45.

¹⁵³ CHVÁLA, TRAPKOVÁ, 2004, s. 33.

V prevenci poruch příjmu potravy a rizikového chování žáků ZŠ je důležitý rozvoj a podpora sebeúcty, sebedůvěry a přijetí vlastního těla. Primárně by se protektivní faktory měly vyskytovat v rodině a škola může napomoci jejich podpoře. Napravení chybných výchovných postupů v rodině žáka je z hlediska školy obtížné, jestliže rodina dostatečně nespolupracuje. Při výskytu rizikového chování je proto vyžadována spolupráce rodiny. V několika bodech jsou vyjádřeny rady a doporučení, na které je možno se při preventivně výchovné práci zaměřit.

Doporučení pro výchovně vzdělávací činnost ve školách a školních zařízeních:

Prvním krokem k rozšíření povědomí o poruchách příjmu potravy u dětí a dospívajících by mohl být dostupný materiál v podobě informačních či edukačních letáků. Ty by se měly dostat do rukou nejen žákům, ale i rodičům. Další postupy vidím ve vzdělávání žáků v různých výukových hodinách i v rámci peergroups či v jiné programové formě. Aby byla zajištěna kvalitní výuka a práce s žáky v této oblasti, je důležité, aby učitelé byli v dané oblasti sami náležitě poučení.

Doporučení pro přípravu učitelů a jejich další vzdělávání:

Z návrhu preventivně výchovného programu vyplývá potřeba vzdělávání pedagogů v oblasti poruch příjmu potravy. Měla by být organizovaná vedením školy, případně školským poradenským zařízením a nespočívat jen v samostudiu učitelů. Pro praxi je důležité sdílení a předání zkušeností a poznatků mezi odborníky na poruchy příjmu potravy a pedagogy a naopak.

Doporučení pro další výzkum:

Protože jsem se v této práci věnovala webovým stránkám s důvěryhodným obsahem, bylo by zajímavé směřovat další výzkumné snahy k probádání a analyzování tzv. blogů a stránek založených mladými dívkami, které se zaměřují na svou postavu. Na blozích uveřejňují své fotografie, popisují denní příjem potravy, diety, cvičení a rady, jak zhubnout a být „in“. Část těchto dívek se hlásí k tzv. „*proana komunitě*“, která otevřeně propaguje anorexii, extrémní vyhublost a nezdravé jídelní návyky.

V případě možnosti spolupráce dívek preferujících „*proana*“ nebo dívek trpících poruchami příjmu potravy by bylo užitečné zaměřit se ve výzkumu na případové studie, které vypovídají o současném stavu. Mohou přispět k plánování preventivních programů, které by byly zaměřeny na prevenci rizikového chování v rodině.

Seznam pramenů

Literatura česká:

- FALTUS, František. *Anorexia mentalis: Anoretické syndromy, jejich diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1979.
- HELUS, Jan. *Sociální psychologie pro pedagogy: sociální souvislosti života, socializace osobnosti, sociální psychologie rodiny*. Praha: Grada, 2007.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005.
- HOLOUŠOVÁ, Drahomíra – KROBOTOVÁ, Milena. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Pedagogická fakulta UP, 2005.
- HORT, Vladimír a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008.
- JANOTA, Otakar. *O takzvané mentální anorexii*. Praha: Státní zdravotnické nakl., 1956.
- JEDLIČKA, Richard. *Psychologická první pomoc v práci výchovného poradce*. Praha: Univerzita Karlova, 2000.
- JEDLIČKA, Richard. *Psychosociální vývoj dítěte a jeho poruchy z hlediska hlubinné psychologie: psychoanalytická propedeutika pro učitele*. Praha: Univerzita Karlova, 2001.
- JEDLIČKA, Richard a kol. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis, 2004.
- KOCOURKOVÁ, Jana a kol. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997.
- KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005.
- KRCH, František David, MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví: poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002.
- NAVRÁTILOVÁ, Miroslava – ČEŠKOVÁ, Eva – SOBOTKA, Luboš. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady: praktická doporučení: osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000.
- NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Ilustrovala Iva Skřivánková. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010.
- PAPEŽOVÁ, Hana a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Uspořádala Hana Papežová. Praha: Grada, 2010.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Ilustrovala Michaela Černá. Praha: Psychiatrické centrum, 2000.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003.

PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009.

ŠVAŘÍČEK, Roman – ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007.

ŠVINGALOVÁ, Dana – PEŠATOVÁ, Ilona. *Uvedení do výzkumu a metodika tvorby bakalářské práce*. Liberec: Technická univerzita, 2006.

TRAPKOVÁ, Ludmila – CHVÁLA, Vladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004.

Literatura zahraniční:

GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Přeložila Jana Krchová. Praha: Grada, 2000.

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda 1995.

MALONEY, Michael; KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997.

STRAUSS, Anselm. – CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody Zakotvené teorie*. Boskovice, Albert 1999.

Články a sborníky:

BRIMOVÁ, Eliška. *Ideál krásy: štíhlí a svalnatí*. Psychologie dnes. 2004, r. 10, č.7/8, s. 14-16.

FALTUS, František. *Když se jídlo stane hříchem*. Redigoval Lukáš Doubrava. Učitelské noviny. 1997, r. 100, č. 44, s. 10.

FIALOVÁ, Ludmila. *Tělesné sebepojetí a jeho místo ve vzdělávacím oboru výchova ke zdraví*. Pedagogika: časopis pro vědy o vzdělávání a výchově. 2005, r. 55, č. 4, s. 382–390.

- GIBALOVÁ, Eva. *Mentálna anorexia v ordinácii praktického lekára pre deti a dorast*. Česko-slovenská pediatrie. 2001, r. 56, č. 10, s. 605-607.
- HENDL, Jan. *Poznávání pomocí kvalitativního výzkumu*. In: Česká kinantropologie 1, 1997, 1, s. 19–28.
- CHVÁLA, Vladislav – TRAPKOVÁ, Ludmila. *O spících mužích a nenasycených ženách*. Sborník: Psychoterapie IV. Praha: Triton, 1995.
- CHVÁLA, Vladislav – TRAPKOVÁ, Ludmila. *Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému*. Psychiatrie. 1998, č. 5.
- CHVÁLA, Vladislav – TRAPKOVÁ, Ludmila. *Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let*. Praktický lékař. 2000, 80/9.
- JEDLIČKA, Richard. *Nevhodná výchova, stres a možnosti prevence psychosomatických poruch*. Speciální pedagogika. 2003, r. 13, č. 2, s. 132-156.
- JEDLIČKA, Richard. *Psychoanalytické zamyšlení nad výchovou vedoucí k problémům v sebepojetí u dospívajících*. Pedagogika. 2002, r. 52, č. 3, s. 321-336.
- KACHLÍK, Petr – HAVELKOVÁ, Marie – PROCHÁZKOVÁ, Lenka. *Znalosti o problematice poruch příjmu potravy a možnosti jejich prevence u žáků na 2. stupni pěti brněnských základních škol*. Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky. 2007, r. 17, č. 1-2, s. 1-17
- KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a bulimie jsou problémem celé rodiny*. Děti a my. 1997, r. 27, č. 3, s. 11.
- KRCH, František David - CSÉMY, Ladislav. *Prevalence symptomů mentální anorexie u školní mládeže v České republice*. Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi. 2009, r. 53, č. 2, s. 140-148.
- KRCH, František David. *Copak rodiče nevidí, jak je hubená?* Psychologie dnes: psychologie, psychoterapie, životní styl. 2006, r. 12, č. 10, s. 25-27.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy a obezita*. Česká a slovenská psychiatrie. 2001, r. 97, č. 4, s. 166-170.
- NESRSTOVÁ, Marie – KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie s raným začátkem onemocnění*. Česko-slovenská pediatrie. 2003, r. 58, č. 5, s. 310-312.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Rodí se generace budoucích anorektiků?* Psychologie dnes: psychologie; psychoterapie; životní styl. 2008, r. 14, č. 2, s. 44-45.
- SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Aby ideál krásy nezabíjel*. Děti a my. 2004, r. 34, č. 1, s. 25.

SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy - stále častější téma*. Prevence sociálně nežádoucích jevů. 2004, r. 3, č. 5, s. 15-19.

TLÁSKAL, Petr - NESRSTOVÁ, Marie. *Děti s poruchou příjmu potravy*. Děti a my. 2001, r. 31, č. 4, s. 12-13.

TOMANOVÁ, Jana – PAPEŽOVÁ, Hana. *Vícerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy*. Česká a slovenská psychiatrie: Časopis Psychiatrické společnosti. 2006, r. 102, č. 7, s. 358-362.

WARDETZKI, Bärbel. *Mentální anorexie a bulimie v kontextu rodiny*. Psychologie dnes. 2001, r. 7, č. 2, s. 16-17.

České internetové zdroje:

Blesk. *Kostry potažené kůží se procházely na molu*. Blesk: pro ženy [online]. 23.02.2011, [cit. 2011-02-26]. Dostupný z WWW: <<http://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-moda-a-krasa-moda/149342/kostry-potazene-kuzi-se-prochazely-na-molu.html>>. (Obrázek 2)

Blesk. *Mrtvá anorektická modelka: Za smrt může její matka*. Blesk pro ženy [online]. 02.01.2011, [cit. 2011-02-26]. Dostupný z WWW: <<http://prozeny.blesk.cz/clanek/prozeny/146995/mrtva-anorekticka-modelka-za-smrt-muze-jeji-matka.html>>. (Obrázek 1)

Co je to portál? [online]. 2009 [cit. 2011-03-29]. IS/STAG. Dostupné z WWW: <http://is-stag.zcu.cz/napoveda/stag-v-portalu/o-portalu_co-je-portal.html>.

ČERNÁ, Ria. *Jak mohou pomoci blízcí*. Zpravodaj Anabell [online]. 2009, 28, [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW: <www.anabell.cz>.

HAVLÍN, Tomáš. *iDNES.cz* [online]. 16. dubna 2008 [cit. 2011-03-01]. IDNES.cz/ZPRÁVY. Dostupné z WWW: <http://zpravy.idnes.cz/francie-prijala-zakon-proti-nezdravemu-hubnuti-f54-/zahranicni.asp?c=A080416_113848_zahranicni_tha>.

Kolektiv pracovníků SZÚ. *Státní zdravotní ústav* [online]. [cit. 2011-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/plne_znani/Mentalni_20anorexie.pdf>.

KULHÁNEK, Jan – PAPEŽOVÁ, Hana. *Idealni.cz* [online]. 2002, [cit. 2011-2-7] <<http://www.idealni.cz/>>

KULHÁNEK, Jan. *O primární prevenci: aneb jak lze účinně předcházet poruchám příjmu potravy*. Anabell Zpravodaj [online]. 2009, 22, [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW: <http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_22.pdf>.

MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online]. 2006 [cit. 2011-03-29].

Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/>>.

NECHANSKÁ, Blanka. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2010 [cit. 2011-02-26]. Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijimani-potravy-psychiatrickych-luzkov>>.

Občanské sdružení Anabell [online]. 2002 [cit. 2010-06-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.anabell.cz/>>.

Poruchy příjmu potravy [online]. 2009 [cit. 2011-02-27]. Mentální anorexie. Dostupné z WWW: <<http://absolventi.gymcheb.cz/2010/ngthanh/anorexie.html>>. (Obrázek v textu)

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN [online]. 2011 [cit. 2011-03-20]. Historie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN. Dostupné z WWW: <<http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/historie-psychiatricke-kliniky-1-lf-uk-a-vfn>>.

RESSLER, Miroslav a kol. *Informační věda a knihovnictví: Výkladový slovník české terminologie z oblasti informační vědy a knihovnictví. Výběr z hesel v databázi TDKIV*. [online]. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze ve spolupráci s Národní knihovnou ČR, 2006 [cit. 2011-03-01]. Dostupné z WWW: <http://vydavatelstvi.vscht.cz/knihy/uid_es-005/hesla/obsahovA_analYza.html>.

SAPPP: poruchy příjmu potravy [online]. 2009 [cit. 2011-03-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.asociaceppp.eu/>>.

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana a kol. *Prevence poruch příjmu potravy*. Zpravodaj Anabell, [online]. Červenec 2009, 22, [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW: <http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_22.pdf>. [e-článek]

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana a kol. *Projekt PPP (Podpora profesionální prevence)*. Zpravodaj Anabell [online]. Květen 2009, 21, [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW: <http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_21.pdf>.

Webdesign brno [online]. 2009 [cit. 2011-03-14]. WEBDESIGN. Dostupné z WWW: <<http://www.webdesign-brno.cz/webdesign.php>>.

Zahraniční internetové zdroje:

Magersucht – Online [online]. 1999 [cit. 2011-02-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.magersucht-online.de/index.php>>.

Magersucht.de [online]. 1999 [cit. 2011-02-07]. Dostupné z WWW:

<<http://www.magersucht.de/>>.

KLEINHOLZ, Jens. *Magersucht.org* [online]. 2009 [cit. 2011-02-07]. Dostupné z WWW:

<<http://www.magersucht.org/>>.

ABC: anorexia and bulimia care [online]. 2008 [cit. 2011-02-07]. Dostupné z WWW:

<<http://www.anorexiabulimiare.co.uk/>>.

EatingDisordersOnline.com [online]. Neuvedeno [cit. 2011-02-07]. Dostupné z WWW:

<<http://www.eatingdisordersonline.com/>>.

DISCIPIO, Laura, a kol. *ANAD* [online]. Neuvedeno [cit. 2011-02-07]. Dostupné z WWW:

<<http://www.anad.org/>>.

Seznam příloh:

1. příloha: Dva vzorové protokoly pro časopisecké články a weby.
2. příloha: Praktická ukázka analytické práce s textem článku.
3. příloha: Protokoly jednotlivých časopiseckých článků č. 1–22.
4. příloha: Protokoly jednotlivých webů č. 1–9.
5. příloha: Graf přejatý z ÚZIS ČR: vývoj počtu hospitalizovaných pacientů s poruchami příjmu potravy.
6. příloha: Informační leták.
7. příloha: Obrázek č. 1: anorektická modelka Isabell Carová.
8. příloha: Obrázek č. 2: modelky s extrémně nízkou váhou.

Přílohy:

- 1. Příloha: Dva vzorové protokoly pro časopisecké články
a weby**

Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika:		
Název		
Autor		
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy		
Jídelníček, potraviny, diety		
Láska, sexuální život		
Léčba		
Oblékání, móda, ideály, styly		
Prevence		
Příběhy postižených mentální anorexií		
Psychologická podpora		
Výchovná opatření		
Vztahy v rodině		

<i>Anotace článku</i>	
-----------------------	--

Legenda k protokolu	
***	článek se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	článek je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	článek se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	článek se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných internetových zdrojů

URL adresa:		
Název		
Autor internetového zdroje		
Vznik webové stránky		
Aktuální k datu		
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámky
Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice poruch příjmu potravy		
Jídelníček, potraviny, diety		
Láska, sexuální život		
Léčba		
Oblékání, móda, ideály, styly		
Prevence		
Příběhy postižených mentální anorexií		
Psychologická podpora		
Výchovná opatření		
Vztahy v rodině		

<i>Charakteristika webové stránky</i>	
-------------------------------------------	--

Legenda k protokolu

- | | |
|-----|---------------------------------------------------|
| *** | web se zcela zabývá sledovanou oblastí |
| ** | web je zčásti zaměřen na sledovanou oblast |
| * | web se sledovanou oblastí zabývá okrajově |
| - | web se vůbec sledovanou oblastí nezabývá |

2. Příloha: Praktická ukázka analytické práce s textem článku



V České republice trpí psychogenními poruchami příjmu potravy každá třicátá dospívající dívka. Počátky těchto poruch jsou vyvolávány nespokojeností se svým tělem, již doprovází usilovná snaha zhubnout projevující se hladovkami, dietami nebo nadměrným cvičením. Převážná neúspěšnost těchto metod nutí však naopak mladé ženy dál k tomu, aby hledaly ještě nebezpečnější a drastičtější způsoby jak kontrolovat svoji tělesnou hmotnost. Vznikají tak závažná onemocnění v podobě mentální anorexie a bulimie.

Jedním z předních světových odborníků v této problematice je doc. MUDr. FRANTIŠEK FALTUS, DrSc. působící na Psychiatrické klinice 1. Lékařské fakulty UK v Praze.

KDYŽ SE JÍDLO STANE HŘÍCHEM

Mohl byste nejdříve stručně charakterizovat, co vlastně mentální anorexie a bulimie znamenají?

Hranice mezi oběma poruchami není příliš ostrá, i když nemocní mentální anorexií jsou nápadní svojí vyhublostí způsobenou odmítáním potravy a nemocní bulimií zase záchvaty nezvladatelného přejídání s následným vyzvracením potravy. V obou případech jde však o poruchu nejzákladnější lidské potřeby – obživného pudu – spojenou s psychickými a fyzickými potížemi, jež se liší podle závažnosti podvýživy a způsobů, které nemocní používají ke kontrole a hlavně snižování své hmotnosti. Musíme také rozlišovat termíny bulimie a mentální bulimie. Bulimie je chápána jen jako příznak, avšak mentální bulimie je již označení duševní poruchy. Navíc je třeba dodat, že se mohou někdy objevit varianty, tedy mentální bulimie i anorexie, u jediné pacientky v jednom období střídá a prolíná.

Projevují se mentální anorexie a mentální bulimie stejnou mírou u dospělých a dětí a jsou to jen poruchy výhradně postihující dívky či ženy?

Specifika těchto onemocnění jsou trochu jiná u dospělých a jiná u adolescentů či dětí. V poslední době se totiž zjišťuje, a to nejen u nás ale i v celém světě, že mladší pacientky začínají svou „kariéru“ převážně jako mentální anorektičky. Po určité době – po půl roce, po roce – však obvykle přechází většina z nich do formy mentální bulimie. Říkám záměrně pacientky, protože v naší republice trpí oběma poruchami čtyřicetkrát více dívek než chlapců. Na Západě je také více pa-

cientek, avšak již v poměru průměrně asi deseti až patnácti ku jednomu pacientovi. Angličané na základě svých statistik dokonce tvrdí, že jsou mentální anorexie a bulimie třetím nejčastějším onemocněním, a to hned po srdečních chorobách a rakovině.

Vy jste, pane docente, byl v roce 1983 jedním ze zakladatelů pražské specializované jednotky pro léčení poruch výživy, která byla tehdy první v bývalé „východní“ Evropě. Tenkrát bylo mezi vašimi pacientkami třikrát více anorektiček než bulimiček. Poslední čtyři roky však léčíte naopak čtyřikrát více bulimiček než anorektiček. Co je hlavní příčinou takového radikálního změny?

K vysvětlení této situace máme zatím jen hypotézy. Jednou z hlavních příčin je asi snaha pacientek nepřijít o požitky z jídla. Ono je totiž jednodušší jít do hladu, než neustále držet hladovku.

Nemá zde i značný vliv společenský ideál krásy, který se dnes v médiích představuje hlavně v podobě doslova hubených či vychrtlých modelek?

Při vzniku těchto chorob hraje svou roli řada faktorů. Mezi zevní příčiny patří samozřejmě i sociokulturální vlivy. To znamená, že tam, kde je ve společnosti ideálem abnormálně štíhlá linie, je přítomna i touha dívek se tomuto „ideálu“ přiblížit. Tyto společenské vlivy zde však byly vždy, i když na druhou stranu je pravda, že dříve se třeba v televizi zdaleka tolik tato věc neakcentovala.

Za neméně škodlivé však považuji i nadměrné zdůrazňování nebezpečí obezity. Neznačená to v žádném případě, že bych snad

považoval nadměrnou hmotnost za pozitivní, ale jsem zásadně proti jakýmkoli nesmyslným a často nebezpečným dietám, které problém s nadváhou stejně nevyřeší.

Co může škola udělat třeba v rámci předmětů rodinná výchova? A jakým způsobem by měl pedagog v této problematice postupovat?

Pomoc rodičů, přátel i školy nesmí být vedena z pozice dozorců nebo laických psychologů. Pacientky totiž trpí většinou velkým pocitem viny, když se mají přiměřeně najíst nebo když se přejídají. Udělají cokoli, aby odčinily to, že snědly více než chtěly. Nízký energetický příjem a tělesná hmotnost se tak stávají základními kritérii jejich sebehodnocení. Když tedy učitel zjistí u studentky příznaky mentální anorexie nebo bulimie je dobré nejdříve s dívkou pohovořit, avšak podle našich zkušeností bude asi většinou odmítnut. Potom by měl informovat rodiče (i když právě rodiče někdy podceňují závažnost těchto onemocnění) a nakonec se je snažit navést ke komunikaci s odborníkem.

Pokud jde o prevenci, je hlavním zdůrazňovat nezbytnost pravidelného denního režimu, a s tím samozřejmě i správné výživy. Zvláště v době dospívání by se měl dodržovat rytmus pěti jídel denně. A potom by měli pedagogové dívky poučit, kde je optimální hranice hmotnosti odpovídající jejich věku, aby nepodléhaly zbytečným negativním iluzím o své často fiktivní obezitě. Tyto dívky mají totiž narušené vnímání obrazu vlastního těla. Samy sebe vidí podstatně silnější, než je tomu ve skutečnosti. Uklidnit je, že jejich přirozený biologický vývoj je optimální a že nemají podléhat nesmyslným společenským idolům.

LUKÁŠ DOUBRAVA
Foto – Id



3. Příloha: Protokoly jednotlivých časopiseckých článků č. 1–22

1. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Pedagogika; r. LII, s. 321 – 336, 2002		
Název	Psychoanalytické zamyšlení nad výchovou vedoucí k problémům v sebepojetí u dospívajících	
Autor	Richard Jedlička	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Mnoho citací a poznámek pod čarou, bohatý seznam použité literatury (zahraniční i tuzemští autoři)
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	*	Zmínky o sexualitě a zvýraznění II. pohlavních znaků v dospívání
Léčba	*	Nezbytné systemicky pojímané terapie (i s rodinou)
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Narcismus, bigarexie
Prevence	**	Zdůraznění kompetence pedagogického pracovníka – schopnost podílet se na prevenci sociálně patologických jevů, primární prevence
Příběhy postižených mentální anorexií	*	Příběh Jitky. L., 16 let
Psychologická podpora	*	Vzdělávací a informativní charakter; mnoho tipů a rad ke zlepšení situace
Výchovná opatření	**	Rizika nevhodné výchovy
Vztahy v rodině	*	Velký význam vztahů v rodině

<i>Anotace článku</i>	Článek se zabývá v pedagogice dosud přehlíženou interdisciplinární problematikou psychosomatických poruch, jakými jsou anorexie, bulimie a bigarexie. Text je zaměřen na porozumění vztahu tělesného vzezření a sebepojetí u dospívajících a jeho možnému patologickému zpracování. Pozornost je věnována zejména sociálním tlakům a nevhodné výchově, jež se spolupodílejí na vzniku závažných vnitřních problémů, které mohou ve svých důsledcích ohrozit nejenom zdraví, ale v mezních případech i život postižených jedinců.
-----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

2. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Speciální pedagogika; r. 13, č. 2, 2003		
Název	Nevhodná výchova, stres a možnosti prevence psychosomatických poruch	
Autor	Richard Jedlička	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Četné poznámky, citace a odkazy na literaturu zahraničních i českých odborníků v uvedeném seznamu
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	*	Bigarexie-autoerotické chování; pohlavní dospívání; důležitá evaluace pedagogických pracovníků o problematice sexuality
Léčba	*	Blažena Š. – hospitalizace, ambulantní psychoterapeutická léčba
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Znatelný vliv médií, především reklamy
Prevence	**	Možnosti nácviku adaptivního řešení zátěžových situací, empatický přístup
Příběhy postižených mentální anorexií	*	Blažena Š., 16. let
Psychologická podpora	*	Odbornost textu v oboru psychologie
Výchovná opatření	**	Nebezpečí chybných výchovných vlivů
Vztahy v rodině	*	Onemocnění – může znamenat součást sociální regulace a citové interakce mezi členy rodiny

Anotace článku	Vrozená reakce na zátěž a učení se správně nakládat se silami. Pojem stres; stresor; příznaky stresové odezvy. Preventivní význam pozitivního zdraví (rezilience). Chronický stres a podíl vadného sociálního učení na vzniku duševních poruch a tělesných obtíží. Onemocnění a psychosomatické poruchy u dětí a dospívajících jako výzva ke spolupráci mezi medicínou; psychologii a pedagogikou. Psychosociální stres a nároky dospívání. Výchova ke zdravému sebepojetí a její místo v prevenci psychosomatických onemocnění.
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu	
***	článek se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	článek je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	článek se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	článek se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

3. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Pedagogika; r. LV, 2005		
Název	Tělesné sebepojetí a jeho místo ve vzdělávacím oboru výchova ke zdraví	
Autor	Ludmila Fialová	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Bez poznámek a doplnění, citace autorů a literatura z větší části česká
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	*	Dospívání
Léčba	*	Doporučená terapie – kombinace kognitivně-behaviorální s interpersonální
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Wellness – styl, image, bigarexie
Prevence	**	Žádoucí témata ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví (závěr)
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	*	Odbornější zaměření na problematiku
Výchovná opatření	**	Zásady při výchově dětí s narušeným vztahem k vlastní osobě
Vztahy v rodině	-	

Anotace článku	Článek se zabývá tématem sebepojetí, které by se mělo stát součástí nového vzdělávacího oboru „Výchova ke zdraví“. Připravované rámcové vzdělávací programy nabízejí nově koncipovanou, velmi potřebnou vzdělávací oblast „Člověk a zdraví“, která sama o sobě je interdisciplinární stejně jako problematika tělesného sebepojetí. Pozornost věnujeme především sociálním tlakům a nevhodné výchově, jejichž výsledkem mohou být poruchy v oblasti vnímání vlastního těla a chování. Problematika psychosomatických poruch a výchovy k objektivnímu posuzování vlastních tělesných možností a limitů je v pedagogice dosud přehlížena, přestože se dotýká značného procenta mladistvých.
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

4. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky; r. 17, č. 1-2, s. 1-17, 2007		
Název	Znalosti o problematice poruch příjmu potravy a možnosti jejich prevence u žáků na 2. stupni pěti brněnských škol	
Autor	Petr Kachlík, Marie Havelková, Lenka Procházková	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Bez poznámek, citace převážně z Krcha, (Papežové a Navrátilové), seznam literatury obsahuje 12 titulů
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	-	
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Vliv veřejných sdělovacích prostředků; ideál krásy
Prevence	*	Posílení znalostí a zájmu pedagogů o tuto problematiku; větší informovanost žáků na ZŠ (6. třídy); potřebná optimalizace obsahů a forem předávaných poznatků
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	***	Opírání se o odborníky přes problematiku PPP; vlastní výzkum
Výchovná opatření	*	Rozšíření výuky formou přednášek nebo diskusí na školách
Vztahy v rodině	-	

<i>Anotace článku</i>	Frekvence výskytu poruch příjmu potravy (PPP) počíná narůstat v období staršího školního věku, a to především u dívek. Neřešené PPP mohou vést k závažnému narušení všech kvalit zdraví, mohou být doprovázeny těžkým a již nevratným poškozením organismu, event. končit úmrtím. Cílem pilotního průzkumu bylo zmapování znalostí o problematice PPP u žáků na vybraných ZŠ a úvaha nad opatřeními primární prevence. Šetření bylo prováděno pomocí anonymního dotazníku na vzorku 231 žáků druhého stupně 5 brněnských ZŠ, Z výsledků vyplynulo, že hoši jsou se vzhledem spokojenější než dívky. Dívky však lépe znají příčiny vzniku PPP, uvítaly by podrobnější a systematicky prezentované informace.
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

5. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi; r. 53, č. 2, s. 140-148, 2009		
Název	Prevalence symptomů mentální anorexie u školní mládeže v České republice	
Autor	František David Krch, Ladislav Csémy	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Množství citací a užití literatury
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	***	Článek není zaměřen na léčbu, ale na zjištění diagnostických kritérií PPP; stěžejní je výzkumná stránka
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	-	
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	*	Vlastní výzkum o problematice PPP
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	-	

Anotace článku	Výzkum zaměřený na posouzení příznaků mentální anorexie u žáků druhého stupně základní školy. Bylo osloveno 5 711 dětí z 251 pátých, sedmých a devátých tříd z 87 náhodně vybraných škol v ČR. Vyšetřeno a zařazeno do této studie bylo 4 653 dětí (návratnost 81,5%). Vzorek byl vyrovnaný co do pohlaví (2 362 chlapců, 2 291 děvčat) i věku. Za širší kritéria mentální anorexie je považována nízká tělesná hmotnost a narušená představa o vlastním těle. Ukazuje se, že diagnostická kritéria mají značnou variabilitu a hranice normy a patologie ve vztahu k tělu a jídelním zvyklostem je jen těžko stanovitelná.
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

6. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Česká a slovenská psychiatrie; r. 97, č. 4, s. 166-170, 2001		
Název	Poruchy příjmu potravy a obezita	
Autor	František David Krch	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Citace a seznam užitých literatur především zahraničních autorů
Jídelníček, potraviny, diety	*	Nevhodné jídelní návyky
Láska, sexuální život	-	
Léčba	*	
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Veřejná média; idealizace; kritika obezity
Prevence	*	Informativní charakter
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	***	Pojednání obecně o obezitě a m.a. a m.b.
Výchovná opatření	*	
Vztahy v rodině	*	

<i>Anotace článku</i>	Problematika regulace tělesné hmotnosti; obezity a poruch příjmu potravy má mnoho styčných bodů. Pro oba stavy je příznačné např. zkreslené vnímání příjmu potravy a vlastního těla; nevhodné jídelní návyky i kontrola tělesné hmotnosti. Na tyto reakce má významný vliv i obezitofobní společenské klima a chování potravinářského průmyslu. Proto je třeba přistupovat k léčbě těchto poruch na základě znalosti všech aspektů dané situace.
-----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu	
***	článek se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	článek je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	článek se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	článek se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

7. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Česko-slovenská pediatrie; r. 58; č. 5; s. 310-312, 2003		
Název	Mentální anorexie s raným začátkem onemocnění	
Autor	Marie Nesrstová, Jana Kocourková	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Citace zdrojové literatury (8 titulů), převážně zahraniční autoři
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	**	Hospitalizace, terapie: psycho-, farmako-, režimová léčba, rodinná terapie, nutriční poradenství
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Masmediální vlivy předkládající témata štíhlosti, inspirující k redukčním dietám
Prevence	*	
Příběhy postižených mentální anorexií	**	12letá dívka s diagnózou m. a.
Psychologická podpora	*	
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	O rodině dívky

<i>Anotace článku</i>	Článek se zabývá problematikou mentální anorexie s raným začátkem onemocnění. Upozorňuje na výskyt této poruchy v mladších věkových skupinách a vymezuje specifika v diagnostickém a terapeutickém procesu. Pro ilustraci je uvedena kazuistika dvanáctileté dívky a její vlastní vyjádření o průběhu nemoci
-----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu	
***	článek se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	článek je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	článek se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	článek se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

8. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Česko-slovenská pediatrie; r. 56; č. 10; s. 605-607, 2001		
Název	Mentálna anorexia v ordinácii praktického lekára pre deti a dorast	
Autor	Eva Gíbalová	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Použitá literatura (5 titulů)
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	*	Důležitý obvodní lékař
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	-	
Příběhy postižených mentální anorexií	***	Kazuistika – pacientka ročník 1982, zdravotní údaje (pacientka ani rodina nespolupracovaly)
Psychologická podpora	*	Úvod o m. a.
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	vztahy vyplývající z kazuistiky

Anotace článku	Autorka upozorňuje na závažnost mentální anorexie v praxi – nejen stanovení diagnózy a důsledků (15–20 % úmrtnost), ale i neakceptování diagnózy pacientem a nutnost vzájemné spolupráce specialistů s obvodním lékařem. Hlavním obsahem je kazuistika jedné pacientky.
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

9. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Česká a slovenská psychiatrie: Časopis Psychiatrické společnosti; r. 102; č. 7; s. 358-362, 2006		
Název	Víceročinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy	
Autor	Jana Tomanová, Hana Papežová	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Citace titulů (14)
Jídelníček, potraviny, diety	*	Společné stolování (v rámci terapie)
Láska, sexuální život	-	
Léčba	**	Víceročinná terapie při léčbě anorexie a bulimie
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	*	Závěrečná fáze rodinné terapie (prevence relapsu)
Příběhy postižených mentální anorexií	**	Kazuistiky 4 rodin
Psychologická podpora	*	Spolupráce s odborníky
Výchovná opatření	*	V rodině
Vztahy v rodině	**	Objekt léčebné terapie

Anotace článku	Vysoká úspěšnost tzv. víceročinné terapie při léčbě anorexie a bulimie. Začala se uplatňovat od počátku 60. let 20. století (od r. 1964). Autorky píší o její charakteristice, principech a používaných postupech. Pojednávají o organizaci, indikaci a kontraindikaci této léčebné metody a zmiňují také zkušenosti z léčby získané v Čechách.
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

10. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Psychologie dnes: psychologie; psychoterapie; životní styl; r. 14, č. 2, s. 44–45, 2008		
Název	Rodí se generace budoucích anorektiků?	
Autor	Hana Papežová	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Odkaz na internetové stránky (ideální.cz, sdružení Anabell), monografie Krcha – Mentální anorexie
Jídelníček, potraviny, diety	*	Klamavé údaje na potravinách (0% tuku v jogurtu...)
Láska, sexuální život	-	
Léčba	-	
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Vliv masmédií
Prevence	***	Srovnání se zahraničím; zdravý vývoj dítěte v rodině; nedostatek kvalifikované péče; prevence je mnohdy amatérsky organizovaná
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	*	Informace o PPP, odkaz na odbornou pomoc
Výchovná opatření	*	K vytvoření je zapotřebí sjednocení subjektů pro prevenci i léčbu PPP (dostupné manuály, programy...)
Vztahy v rodině	*	Vliv předchozích generací (posedlost zdravou výživou, perfekcionismem)

Anotace článku	Poruchy příjmu potravy (anorexie; bulimie) jsou celosvětovým problémem. Co je příčinou a jaké preventivní programy existují. Programy nezahrnují pouze stravovací návyky; ale také změnu postojů a zájmové aktivity. Zásadní prevencí je zdravý vývoj dítěte v rodině. Kde najít odbornou pomoc?
----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

11. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: PEDAGOGIKA r. XLV, 1995		
Název	Anorexia nervosa – výzva pro pedagogické psychology	
Autor	M. J. Olivier	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	V seznamu literatury 8 českých monografií
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	**	Multidisciplinární přístup; klinický obraz; diagnostická kritéria
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	-	
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	**	Vlastní uvedený výzkum o problematice PPP a jeho výsledky
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	Vztahy obecně

<i>Anotace článku</i>	Studie se zabývá nemocí, její výskyt dnes stoupá u dospívající mládeže, zejména u dívek. Charakterizuje její sociální souvislosti, popisuje rizikové skupiny populace. Uvádí základní diagnostická kritéria nemoci, její klinické projevy, psychologické příznaky, obtížné léčení i možné vážné následky. Výzkumná část práce porovnává dvě skupiny děvčat ve věku 15 – 20 let. Dospívá k závěru, že nemocné dívky se liší od zdravých charakteristikami své osobnosti i mezilidskými kontakty.
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu	
***	článek se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	článek je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	článek se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	článek se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

12. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Prevence sociálně nežádoucích jevů; r. 3; č. 5; s. 15-19, 2004		
Název	Poruchy příjmu potravy - stále častější téma	
Autor	Jana Sladká Ševčíková	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Chybí seznam literatury, přímo v textu cituje F. D Krcha
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	-	
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Vliv médií
Prevence	*	O činnosti OS Anabell (primární i sekundární prevence PPP)
Příběhy postižených mentální anorexií	**	3 příběhy z praxe
Psychologická podpora	**	Odborný text o PPP
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	V rámci kazuistik

Anotace článku	Příčiny vzniku poruch příjmu potravy (mentální anorexie; mentální bulimie; záchvatovité přejídání) u současné mladé populace. Základní příznaky tohoto onemocnění u nejrizikovější skupiny - mladých žen a dospívajících dívek. Píše i o možnostech prevence.
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu	
***	článek se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	článek je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	článek se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	článek se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

13. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Psychologie dnes: psychologie; psychoterapie; životní styl; r. 12; č. 10; s. 25-27, 2006		
Název	Copak rodiče nevidí, jak je hubená?	
Autor	František David Krch	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Odkazování k 5 zdrojům, monografie i články
Jídelníček, potraviny, diety	*	Nevhodné jídelní a pohybové návyky
Láska, sexuální život	-	
Léčba	*	Složité kontexty, hledání možností řešení pro léčbu
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	*	Informativní charakter
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	**	Obecně o zkušenostech z praxe
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	**	Význam rodiny

<i>Anotace článku</i>	Článek se zabývá poruchami příjmu potravy, mentální anorexií a bulimií, prvními příznaky a rozvoji poruch a jejich negativnímu vlivu na život celé rodiny. Za nebezpečné období je považováno dospívání. Píše o vlivu rodinné anamnézy u poruch přijímání potravy a o možnostech léčby.
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

14. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Psychiatrie; č. 5, 1998		
Název	Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému	
Autor	Ladislav Chvála, Ludmila Trapková	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Odkaz k 26 titulům
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	*	Shrnující obraz rodiny z klinické zkušenosti autorů
Léčba	***	Kritický rozbor souboru léčených, typický vývoj kontextu psychosociálních vztahů rodinného systému v období dospívání dítěte
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	-	
Příběhy postižených mentální anorexií	*	Popsaný zobecněný příklad
Psychologická podpora	*	Odborné pojednání z praxe
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	Souhrnně popsány na základě zkušeností z praxe

<i>Anotace článku</i>	Autoři předkládají svou zkušenost s rodinnou terapií u poruch příjmu potravy z několikaleté práce s více než 80 rodinami, při které respektují vývojovou trajektorii celého rodinného systému v období dospívání dětí. Nabízejí koncept uvolňování dítěte z rodiny ve třech vývojových stádiích. Popisují znaky, které tato stadia charakterizují a umožňují je identifikovat. Všímají si vždy všech tří členů trojúhelníku matky, dcery a otce v dynamice jejich vzájemných vztahů, somatizace a jazyka. Zastavení pohybu vývoje rodiny v průběhu prvního stadia nazvali autoři anorektickou stagnací, zastavení během druhého stadia bulimickou stagnací. V závěru zasazují své úvahy o vývoji rodiny do kontextu teorie chaosu.
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

15. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Psychologie dnes; r. 7; č. 2; s. 16-17, 2001 (překlad německého článku)		
Název	Mentální anorexie a bulimie v kontextu rodiny	
Autor	Bärbel Wardetzki	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	-	
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	*	Motivace pacientky k léčbě
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	*	Informativní charakter
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	*	Odbornost
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	***	O vztazích v rodině, jejich narušení, pocity viny, „spoluzávislost“ (přesouvání viny a chybějící vlastní zodpovědnost)

<i>Anotace článku</i>	Obsahuje informace o vztahu příbuzných (rodičů a partnera) k dívce či ženě postižené poruchou příjmu potravy. Probírá témata jako je prvotní šok, hledání viníků, neurotické pocity viny, vznik spoluzávislosti. A v neposlední řadě píše o vlivu nemoci na vztahy v rodině.
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu	
***	článek se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	článek je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	článek se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	článek se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

16. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Psychologie dnes; r. 10; č.7/8; s. 14-16, 2004		
Název	Ideál krásy: štíhlí a svalnatí	
Autor	Eliška Brimová	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Seznam použitých zdrojů (9)
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	-	
Oblékání, móda, ideály, styly	**	Problematika vztahu k vlastnímu tělu, „zkrocené tělo“
Prevence	*	Informování o problematice PPP
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	**	Pojednání problematiky z hlediska psychologického, výzkum v podobě interview s 12 ženami a 9 muži
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	-	

Anotace článku	Článek pojednává o problematice vztahu k vlastnímu tělu v souvislosti se společensky uznávaným ideálem. Zdůrazňuje podíl nespokojenosti s vlastním tělem na rozvoji mentální anorexie a bulimie. Obsahuje také drobný výzkum a zaměřený na vnímání a hodnocení vlastního těla u mladých žen a mužů.
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

17. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Praktický lékař 80/9, 2000		
Název	Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let	
Autor	Ladislav Chvála, Ludmila Trapková	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	Seznam 16 titulů zdrojové literatury
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	*	Vliv sexuálního partnera na výsledek léčby
Léčba	****	Zavedení nových pojmů: např. sociální děloha, sociální porod, anorektická stagnace a bulimická stagnace; propracovávání externalizace - techniky narrativní rodinné terapie Epstona a Whitea
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	-	
Příběhy postižených mentální anorexií	*	Zmínkou v analýze o léčbě pacientů
Psychologická podpora	*	Postřehy z praxe
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	V rámci analýzy léčby

Anotace článku	Průběžná reflexe terapeutického procesu zvyšuje jeho účinnost a bezpečnost, proto autoři zpracovali data o rodinách, které prošly léčbou v Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny. Celkem se jednalo o 120 pacientů a jejich rodin za období 15 let. Tímto příspěvkem zveřejňují část výsledků této analýzy, popisují metody práce a snaží se konkretizovat podstatné vyvolávající momenty nemoci. Jelikož označení nemoci jako bio-psycho-sociálně podmíněné nesdělují nic konkrétního k vlastní práci s pacienty. Sami autoři se drží především praxe a z ní vycházejí teoretické úvahy.
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- **** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

18. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Děti a my; r. 27; č. 3; s. 11, 1997		
Název	Mentální anorexie a bulimie jsou problémem celé rodiny	
Autor	Jana Kocourková	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	-	
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	*	Na počátku onemocnění navštívit dětského psychiatra
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	*	
Příběhy postižených mentální anorexií	*	Krátký úvodní popis pod titulkem
Psychologická podpora	***	Odborný text o PPP
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	Obecně o rodině

Anotace článku	Poměrně stručný článek pojednává o společných rysech mentální anorexie a bulimie, o nenápadném nástupu onemocnění a o jeho příčinách. Zdůrazňuje také, že se jedná o problém celé rodiny, a blízkým, co v takové situaci dělat.
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

19. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Učitel'ské noviny; r. 100, č. 44, s. 10, 1997 (rozhovor)		
Název	Když se jídlo stane hříchem	
Autor	František Faltus; [Red.] Lukáš Doubrava	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	-	
Jídelníček, potraviny, diety	*	Rytmus 5 jídel (hlavně v dospívání)
Láska, sexuální život	-	
Léčba	-	
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Abnormálně štíhlá linie, škodlivé nadměrné zdůrazňování nebezpečí obezity
Prevence	**	V rámci školy – potřeba odbornosti, pravidelný denní režim a správná výživa
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	*	Obecně o PPP
Výchovná opatření	**	Škola (viz prevence)
Vztahy v rodině	-	

Anotace článku	Tento příspěvek je zpracován formou rozhovoru s významným odborníkem problematiky PPP, panem doc. MUDr. Františkem Faltusem. Každá třicátá dospívající dívka trpí psychogenními poruchami příjmu potravy - tj. mentální anorexií nebo bulimií. V příspěvku autor podává charakteristiku obou poruch. Uvádí příčiny jejich vzniku a možnosti prevence.
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu	
***	článek se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	článek je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	článek se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	článek se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

20. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Děti a my; r. 34; č. 1; s. 25, 2004		
Název	Aby ideál krásy nezabíjel	
Autor	Jana Sladká Ševčíková	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	-	
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	*	Komplexní psychoterapeuticko-nutriční intervence, pro každého ryze individuální
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	*	Informativní charakter
Příběhy postižených mentální anorexií	*	Krátké výpovědi pacientek, argumenty (klientů), možné odpovědi
Psychologická podpora	***	Odborný text o PPP, nemocní často nepocítují skutečný hlad, ale trpí emocionálním hladem
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	-	

Anotace článku	Problematika mentální bulimie a mentální anorexie; zkušenosti autorky; zakladatelky a předsedkyně občanského sdružení Anabell - pro nemocné anorexií a bulimií. Charakteristika osobnosti s poruchou příjmu potravy. Několik možných odpovědí na argumenty; které nemocní poruchou příjmu potravy používají.
----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu	
***	článek se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	článek je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	článek se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	článek se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

21. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Děti a my; r. 31; č. 4; s. 12-13, 2001		
Název	Děti s poruchou příjmu potravy	
Autor	Petr Tláškal, Marie Nesrstová	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	-	
Jídelníček, potraviny, diety	*	Omezování tučných jídel, poté i potravin s minimální kalorickou hodnotou
Láska, sexuální život	-	
Léčba	-	
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Vliv médií
Prevence	*	Informativní charakter
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	***	Obecně o PPP z odborného hlediska
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	-	

Anotace článku	Petr Tláškal a Marie Nesrstová píší obecně o příčinách poruch příjmu potravy. Charakterizují mentální anorexií a mentální bulimii. Dávají rady rodičům, co dělat, když u dítěte zjistí poruchu příjmu potravy.
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

22. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných článků

Článek z periodika: Sborník: Psychoterapie IV. Praha: Triton, 1995		
Název	O spících mužích a nenasycených ženách	
Autor	Ladislav Chvála, Ludmila Trapková	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámka
Odkazy na literaturu týkající se poruch příjmu potravy	*	V seznamu literatury 4 tituly
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	*	Ženskost matky, pohlavní dospívání dcery
Léčba	***	Rodinná terapie v duchu externalizace
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	-	
Příběhy postižených mentální anorexií	*	Zahrnuje léčba – rodinná terapie
Psychologická podpora	*	Komentáře autorů
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	V souvislosti s léčbou

<i>Anotace článku</i>	Vladislav Chvála a Ludmila Trapková již dlouho spolupracují v praxi rodinné terapie. Tento článek ilustruje jejich práci a způsob uvažování v duchu externalizace. Obsahuje jednu z mnoha kazuistik s jedenácti sezeními v průběhu pěti měsíců. Jde o případ rodiny, do které v srpnu 1994 vstoupila mentální anorexie a postupně se zmocnila celé rodiny. Článek obsahuje záznam, který je téměř doslovným přepisem toho, co po každém z devíti sezení autoři s rodinou zapsali. Na některých místech obsahuje vysvětlující komentář autorů.
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** článek se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** článek je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * článek se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- článek se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

4. Příloha: Protokoly jednotlivých webů č. 1–9

1. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných internetových zdrojů

URL adresa: http://www.idealni.cz/		
Název	Idealni.cz	
Autor internetového zdroje	Jan Kulháněk, Hana Papežová	
Vznik webové stránky	2002	
Aktuální k datu	7. 2. 2011	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámky
Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice poruch příjmu potravy	**	Informační stránky v češtině, odkazy na literaturu, videa
Jídelníček, potraviny, diety	**	Doporučení ohledně stravování se při onemocnění poruchou příjmu potravy
Láska, sexuální život	*	V příbězích
Léčba	**	Možnosti léčby, terapie, nové přístupy
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Informování o mediálním dění (petice reagující na soutěž Miss ČR atd.)
Prevence	*	Plán primární prevence VZP, videa, příručky ke stažení atd.
Příběhy postižených mentální anorexií	**	Diskusní fóra atd.
Psychologická podpora	**	Informativní charakter, odbornost
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	Součástí příběhů

<i>Charakteristika webové stránky</i>	Internetový portál idealni.cz, dříve pppinfo, se zabývá tématem poruch příjmu potravy - mentální anorexií, bulimií a záchvatovitým přejídáním. Hlavním cílem je, aby zde široká veřejnost našla užitečné a praktické informace. Autoři nabízejí i služby pro odbornou veřejnost a studenty pomáhajících profesí. Uvádí zde mnoho odborných článků, nejrozličnějších konkrétních návodů a doporučení (např. práce s jídelníčkem), nabídkou kontaktů na kvalitní odbornou pomoc či vybranou literaturu. Důležitou součástí portálu je diskuse a fórum. Na stránkách je nabízena bezplatná odborná psychologická poradna. Podstatná je odborná garance celého projektu.
---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu	
***	web se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	web je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	web se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	web se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

2. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných internetových zdrojů

URL adresa: http://www.anabell.cz/		
Název	Občanské sdružení Anabell	
Autor internetového zdroje	Jana Sladká Ševčíková	
Vznik webové stránky	2002	
Aktuální k datu	7. 2. 2011	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámky
Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice PPP	**	Literatura, diplomové a seminární práce, videotéka
Jídelníček, potraviny, diety	**	Výživa
Láska, sexuální život	*	V příbězích
Léčba	**	Kontaktní centrum Anabell (Brno, Praha, Ostrava, Plzeň, Bratislava)
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Ideál krásy
Prevence	*	Informování o preventivních programech
Příběhy postižených mentální anorexií	**	Diskuse a 55 příběhů
Psychologická podpora	**	Informativní charakter
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	Součást příběhů, článků

<i>Charakteristika webové stránky</i>	Občanské sdružení Anabell provozuje internetové stránky od roku 2002, na kterých jsou poskytovány osobám s poruchami příjmu potravy (tedy s nemocemi jako jsou mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání), jejich rodičům i životním partnerům informace o tomto onemocnění. Autoři stránek navazují kontakty s předními odborníky v České republice i v zahraničí a usilují o maximální vzájemnou komunikaci. Vydává také elektronický zpravodaj Anabell jednou za 2 měsíce. Na stránkách nalezneme mimo jiné také Anabell linku, diskusní fórum a internetovou poradnu.
---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** web se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** web je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * web se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- web se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

3. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných internetových zdrojů

URL adresa: http://www.asociaceppp.eu/		
Název	Svépomocná asociace léčení psychogenních poruch příjmu potravy	
Autor internetového zdroje	Není uveden	
Vznik webové stránky	1992	
Aktuální k datu	7. 2. 2011	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámky
Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice PPP	*	Odkazy na internetové zdroje
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	***	O možnostech léčby, kontakty, lékaři
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	*	Devět bodů pro rodiče aneb jak předejít poruchám příjmu potravy u svého dítěte
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	*	Odborné rady
Výchovná opatření	*	Viz prevence
Vztahy v rodině	*	Rodina, přátelé

<i>Charakteristika webové stránky</i>	Svépomocná asociace léčení psychogenních poruch příjmu potravy byla založena v roce 1992 na základě zahraničních zkušeností pro péči o příbuzné i pacienty s poruchami příjmu potravy. Cílem je pomoci v dostupnosti psychoedukace a kvalitní péče o pacienty s poruchou příjmu potravy a jejich příbuzné, zprostředkovat interdisciplinární komunikaci odborníků a vzdělávání v této oblasti.
---------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu	
***	web se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	web je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	web se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	web se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

4. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných internetových zdrojů

URL adresa: http://www.magersucht-online.de/		
Název	Magersucht-Online	
Autor internetového zdroje	Miriam Liedvogel, Maïke Reimer, Alexandra Schneider, Tobias Kaiser, Birte Burmester	
Vznik webové stránky	1999	
Aktuální k datu	7. 2. 2011	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámky
Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice PPP	**	Roztříděné zdroje na poradce (poradenské příručky), zprávy o zkušenostech (postižených a rodinných příslušníků), odborné tituly, pro muže, pro učitele, video a DVD, audioknihy, dětské knihy, romány, anglické knihy
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	*	Možnosti léčby pro postižené
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	*	Informace pro učitele
Příběhy postižených mentální anorexií	*	Viz odkazy na literaturu
Psychologická podpora	**	Informativní charakter
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	Rady, možnosti diskuse na chatu a diskusním fóru

<i>Charakteristika webové stránky</i>	Magersucht-Online jsou informační stránky Hungrig-Online, zabývající se jídelními poruchami. Weby jsou navzájem provázány. Obsahují mnoho informací jak pro pacienty, pro jejich rodinu, pro zájemce o toto téma i odborníky.
---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** web se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** web je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * web se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- web se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

5. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných internetových zdrojů

URL adresa: http://www.magersucht.de/		
Název	Magersucht.de	
Autor internetového zdroje	Tým pracovníků (uvedena pouze křestní jména)	
Vznik webové stránky	1999	
Aktuální k datu	7. 2. 2011	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámky
Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice PPP	**	Odborná literatura a také velké množství internetových odkazů, romány, příběhy postižených a jejich blízkých atd.
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	*	Sexualita
Léčba	*	Možnosti léčby
Oblékání, móda, ideály, styly	*	Role médií, modelky, herečky
Prevence	-	
Příběhy postižených mentální anorexií	*	Viz literatura; dále také fórum; lyrické vyjádření
Psychologická podpora	**	Informativní charakter o PPP
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	Tipy pro rodinné příslušníky a přátele

<i>Charakteristika webové stránky</i>	Magersucht.de je nezisková organizace. Účelem sdružení magersucht.de je poskytování informací o PPP. Záměrem stránek není nahrazení profesionální pomoci, jak autoři varují. Tyto stránky poskytují určitou formu zprostředkování informací mezi pacienty, rodinnými příslušníky a odborníky. Obsahují fórum a možnost diskuse a dalšího sdílení.
---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- | | |
|-----|---------------------------------------------------|
| *** | web se zcela zabývá sledovanou oblastí |
| ** | web je zčásti zaměřen na sledovanou oblast |
| * | web se sledovanou oblastí zabývá okrajově |
| - | web se vůbec sledovanou oblastí nezabývá |

6. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných internetových zdrojů

URL adresa: http://www.magersucht.org/		
Název	Magersucht.org	
Autor internetového zdroje	Jens Kleinholz	
Vznik webové stránky	2009	
Aktuální k datu	7. 2. 2011	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámky
Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice PPP	*	Pouze reklamní odkazy na literaturu
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	*	Terapie
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	-	
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	***	Převládá informativní charakter webu (nejsou informace o garanci odbornosti)
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	Rady a tipy

<i>Charakteristika webové stránky</i>	Stránky se snaží informovat o PPP a zdůraznit jejich vážnost v současné společnosti. Obsahují několik tematických okruhů: alarmující signály, vznik onemocnění, diagnóza, symptomy, následky onemocnění, diferenční diagnóza, terapie, jednání s nemocnými, ko-závislost, svépomoc.
---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu	
***	web se zcela zabývá sledovanou oblastí
**	web je zčásti zaměřen na sledovanou oblast
*	web se sledovanou oblastí zabývá okrajově
-	web se vůbec sledovanou oblastí nezabývá

7. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných internetových zdrojů

URL adresa: http://www.anorexiabulimiare.co.uk/		
Název	ABC – anorexia and bulimia care	
Autor internetového zdroje	Neuveden	
Vznik webové stránky	2008	
Aktuální k datu	7. 2. 2011	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámky
Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice PPP	*	Odkazy na vlastní publikace o problematice a různé internetové zdroje
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	-	
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	*	Snaha rozšíření povědomí o PPP
Příběhy postižených mentální anorexií	*	
Psychologická podpora	***	Informativní charakter
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	*	V příbězích ze života

<i>Charakteristika webové stránky</i>	Jedná se o národní organizaci pro každého, kdo trpí v důsledku poruch příjmu potravy: trpí rodiny, pečovatelé a odborníci, bez ohledu na věk. Společnost se snaží rozšířit informace o PPP do obecného povědomí. Na stránkách poskytují informace o poruchách jak pro pacienty, pro zájemce i odborníky. Odkazují na odborná centra.
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- | | |
|-----|---------------------------------------------------|
| *** | web se zcela zabývá sledovanou oblastí |
| ** | web je zčásti zaměřen na sledovanou oblast |
| * | web se sledovanou oblastí zabývá okrajově |
| - | web se vůbec sledovanou oblastí nezabývá |

8. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných internetových zdrojů

URL adresa: http://www.eatingdisordersonline.com/		
Název	EatingDisordersOnline.com	
Autor internetového zdroje	Neuveden	
Vznik webové stránky	Neuvedeno	
Aktuální k datu	7. 2. 2011	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámky
Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice PPP	-	
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	-	
Léčba	**	Odkazy na léčebná centra; informace o možných podobách terapií
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	*	Článek o prevenci
Příběhy postižených mentální anorexií	-	
Psychologická podpora	**	Orthorexia nervosa je forma jídelních poruch, založená na přílišné fixaci vhodným jídlem; články, blogy
Výchovná opatření	-	
Vztahy v rodině	-	

<i>Charakteristika webové stránky</i>	EatingDisordersOnline.com je internetová nejrychleji rozvíjející se komunita o PPP. Cílem je spojit lidi kolem problematiky poruch příjmu potravy tím, že poskytuje stručné, aktuální informace a místo setkání pro ty, kteří hledají informace o PPP a zajímají se o tuto problematiku.
---------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- | | |
|-----|---------------------------------------------------|
| *** | web se zcela zabývá sledovanou oblastí |
| ** | web je zčásti zaměřen na sledovanou oblast |
| * | web se sledovanou oblastí zabývá okrajově |
| - | web se vůbec sledovanou oblastí nezabývá |

9. Protokol pro kvalitativní analýzu textového obsahu vybraných internetových zdrojů

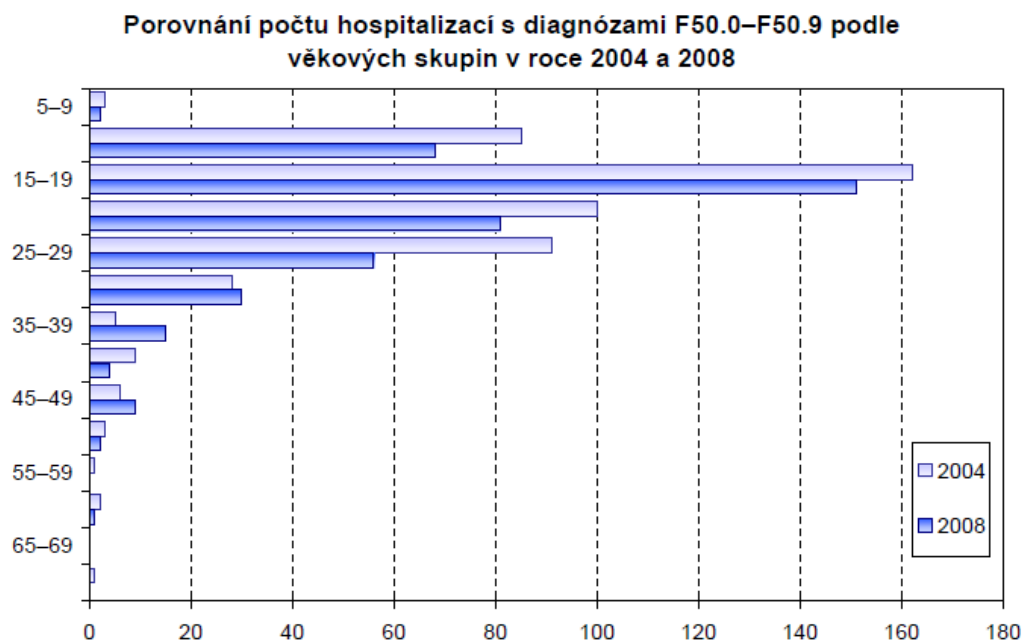
URL adresa: http://www.anad.org/		
Název	ANAD	
Autor internetového zdroje	Laura Discipio, Shelly Schmitz, David Warren, Rana Khan, Rosanna Catapano	
Vznik webové stránky	Neuvedeno	
Aktuální k datu	7. 2. 2011	
Sledovaná oblast	Míra zaměření	Poznámky
Odkazy na literaturu a jiné zdroje o problematice PPP	*	Velmi zevrubně rozdělená literatura
Jídelníček, potraviny, diety	-	
Láska, sexuální život	*	
Léčba	**	O možných terapiích, odkazy na centra, velmi dobře propracovaná síť pomoci
Oblékání, móda, ideály, styly	-	
Prevence	**	Program o pokynech pro pedagogické pracovníky (velmi obsáhlý); preventivní program pro studenty „Student Bodies“
Příběhy postižených mentální anorexií	*	V diskusi, v literatuře
Psychologická podpora	**	Informace o PPP, historie, odborné rady atd.
Výchovná opatření	*	Vzdělávání rodičů studentů i pedagogických pracovníků
Vztahy v rodině	*	V internetové diskusi

<i>Charakteristika webové stránky</i>	Národní asociace anorexie nervosy a přidružených onemocnění je neziskovou organizací, která usiluje o prevenci a zmírnění problémů jídelních poruch, zahrnujících převážně anorexii nervosu a bulimii nervosu. ANAD se snaží vzdělávat veřejnost i odborníky v péči o zdraví, v problematice PPP a v poznávání nových léčebných metod.
---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legenda k protokolu

- *** web se **zcela** zabývá sledovanou oblastí
- ** web je **zčásti** zaměřen na sledovanou oblast
- * web se sledovanou oblastí zabývá **okrajově**
- web se **vůbec** sledovanou oblastí nezabývá

5. Příloha: Graf 1



Graf 1: Graf je přejatý z ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 3/2010.

6. Příloha: Informační leták

Leták je přejatý z internetových stránek SZÚ.

můžeme někdy zjistit individuální vyvolávající příčiny. Takovou bezprostřední příčinou mohou být nevhodné poznámky o postavě ze strany blízkých osob (rodičů, sourozenců, kamarádů) nebo učitelů, někdy se o nevhodném zvyšování váhy jako první zmíní dětský lékař. Další příčinou může být zátěžový faktor, např. ve formě onemocnění nebo úmrtí blízké osoby, rozvodu rodičů a dalších traumatických vlivů. Za nejvýznamnější vyvolávající faktor poruchy můžeme považovat dospívání a změny, které přináší.

Jak poznají rodiče u dítěte riziko počátku mentální anorexie?

U dívek se obvykle začne měnit způsob stravování, začnou omezovat příjem potravy, zejména sladká a tučná jídla. Začínají se zaměřovat na zdravou výživu, vegetariánství, shromažďují recepty, znají kalorickou hodnotu potravin a sledují ji. Příjem potravy rapidně klesá, někdy omezují i tekutiny. Dívky se vyhýbají jídlu ve společnosti (školní jídelně, ale i rodinnému stravování).

Zvyšuje se fyzická aktivita, až několik hodin denně cvičí, navštěvují sportovní kroužky, brzy vstávají, pracují v domácnosti. S postupem doby aktivita ustupuje, objevuje se únava a vyčerpání.

Dívka je zaujata hmotností, často se váží, měří objem pasu, pozoruje se v zrcadle. První zhubnutí navozuje dobrou náladu a pocity hrdosti. Ukládá si zhubnutí i tehdy, když je její hmotnost objektivně nízká. Zpočátku může být dívka společenská, postupem doby se uzavírá, stahuje do sebe, objevují se depresivní příznaky. Pokud dívka ztrácí menstruaci, může toto utajit.

V kontaktu s rodiči dochází ke konfliktům. Zpočátku ráda diskutuje o zdravé výživě, postupně buď obhájí své nepřiměřené postoje k jídlu a hmotnosti, nebo nekomunikuje. Někdy reaguje vyčítavě, v adolescentním věku pozorujeme často zesílení vazby na matku a odmítání otce.

Nechce k lékaři, bojí se psychiatrie a případné hospitalizace, rodičům vyhrožuje, že nebude jíst vůbec, pokud ji dají do nemocnice, má strach, že ji chtějí „vykrmit“.

V takové situaci je na místě vyhledat lékaře, pediatra, dětského psychiatra, psychologa.

Dají se tyto poruchy léčit?

První kontakt s dětmi trpícími poruchami příjmu potravy začíná často na pracovištích dětských lékařů, protože rodiče mívají na počátku starost zejména o tělesné zdraví dítěte. Je třeba, aby byli pediatři dobře informováni o poruchách příjmu potravy a jejich specifikách, neboť podobně jako starší adolescenti, děti s těmito poruchami, zejména na počátku poruchy, nebyvají pro léčbu motivovány, mohou popírat a racionalizovat vlastní chování. Dětské lékaři by měli mít k dispozici psychologické nebo pedopsychiatrické vyšetření dítěte. Efektivní intervence musí zahrnout psychotherapeutický přístup, může být indikovaná farmakoterapie. Když ambulantní léčba nefunguje, je třeba uvažovat o hospitalizaci dítěte.

Hospitalizace je indikovaná v případě výrazného poklesu hmotnosti, spojeného s kachexií (celkovou silnou sešlostí, pohublostí). Dalším důvodem může být depresivní syndrom nebo jiné psychiatrické projevy s nebezpečím sebevražedného chování, nebo patologické rodinné interakce kolem jídla a hmotnosti. Terapie v průběhu hospitalizace musí být multimodální (zahrnující více léčebných metod), zahrnující přístupy psychologické i farmakoterapeutické.

Důležitou součástí léčby je obnovení výživy (realimentace), která je podmínkou dalšího uplatnění psychotherapeutických přístupů. Vzhledem k mladšímu věku je bezpodmínečně nutné pracovat s celou rodinou dítěte formou rodinné terapie, skupin pro rodiče a rodinného poradenství.

Psychotherapie zahrnuje individuální terapii, skupinovou terapii, rodinnou terapii, arteterapii, muzikoterapii. V průběhu hospitalizace dítěte je třeba zajistit, aby nebylo přerušeno školní vzdělávání.

Farmakoterapie přichází v úvahu zejména při depresivním syndromu. Nejčastěji indikovanými léky jsou anxiolytika a antidepresiva.

Ambulantní léčba je možná v případě dobré spolupráce rodiny, lehčích forem poruchy, dobré spolupráce pacienta.

Co je to BMI – Body Mass Index?

Vyjadřuje hodnotu, kterou vypočítáme, když hmotnost v kilogramech vydělíme výškou v metrech umocněnou dvěma.

Hodnoty BMI

BMI méně než 17,5 – výrazná podváha svědčící pro poruchu příjmu potravy

BMI méně než 19 – podváha

BMI 19 – 25 – průměrná tělesná hmotnost

BMI 25 – 30 – nadváha

BMI více než 30 – obezita

BMI 40 a více – těžká obezita



Autorka

Doc. PhDr. Jana Kocourková

Recenze

Doc. MUDr. Hana Papežová, CSc.

Grafická úprava

GEOPRINT

Odpovědná redaktorka

Mgr. Dana Fragnerová

Vydal Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10

Publikace je podpořena výzkumným záměrem 2. LF UK Praha, č. 111300003

Realizoval GEOPRINT, Krajinská 1110, Liberec

1. vydání, Praha 2004

© Státní zdravotní ústav

NEPRODEJNÉ

Mentální anorexie



mentální bulimie

v dětství a adolescenci



Poruchy příjmu potravy se vyskytují převážně u dívek a mladých žen ve formě mentální anorexie nebo mentální bulimie. Problémy spojenými s jídlem, hmotností a s přáním být štíhlá trpí asi deset procent mladých žen, z toho přibližně u poloviny z nich můžeme již hovořit o výskytu klinických příznaků poruchy. Zvyšující se počet onemocnění bývá dáván do souvislosti se sociokulturními faktory, jako je relativní nadbytek potravy, posun ideálu krásného lidského těla ve směru k větší štíhlosti a prosazování hodnot, jako je výkon, úspěch a důraz na individualitu. Jde sice převážně o onemocnění dívek a mladých žen, ale může se objevit i u dětí. U chlapců a mužů se vyskytuje rovněž, přibližně v poměru 1 : 10.

Jaké jsou projevy mentální anorexie a mentální bulimie?

Mentální anorexie

Mentální anorexie se vyskytuje častěji než mentální bulimie u dívek mladších patnácti roků. Diagnostická kritéria 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí se snaží zahrnout i dětský věk, avšak jejich zhodnocení je nutné přizpůsobit vývojovému hledisku.

Kritéria poruchy:

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně pod 15 % pod předpokládanou hmotností nebo tzv. Queteletův index hmoty těla (BMI) je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují očekávaný hmotnostní přírůstek. Toto diagnostické kritérium lze aplikovat i na dětský věk. Dětské pacienti někdy na váze klesnou málo, jejich váha stagnuje, dojde k obvyklému růstu, který však není doprovázen vzestupem hmotnosti. V mnohých případech dojde k zabrzdění růstu.

2. Snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům, po kterých se „tloustne“, a užívá jeden nebo více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

Klinický obraz se u dětí v tomto bodě velice blíží adolescentnímu či dospělému věku. Již dívky pod deset roků jsou schopny držet radikální diety, excesivně cvičit nebo si vyvolávat zvracení. Zneužívání medikamentů je u dětí vzhledem k jejich menší dostupnosti méně časté. Pro dětský věk je charakteristická větší závislost na rodičích, rodiče jsou do problémů patientek více zapojeny. Často to bývají děti do té doby zcela neproblematické, které dosud rodičům vždy vyhověly, dobře se učily. V rámci poruchy dochází postupně k negativnímu ovlivnění vztahů v rodině. Většinou matky se snaží děti do jídla nutit, ty se tomu brání, snaží se s jídlem manipulovat, jak rodiče říkají, „podvádět“.

3. Je přítomna specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkrleslá představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládavá myšlenka a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou hmotnost.

I děti v předškolním věku, trpící mentální anorexií, verbalizují tyto obavy a je u nich přítomna výrazná porucha tělového schématu.

4. Je přítomna rozsáhlá endokrinní porucha, která se u žen projevuje hlavně ztrátou menstruace (amenoreou).

5. Jestliže se začátek onemocnění objeví před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenorei, u hochů zůstávají dětské genitály). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche – první menstruace je opožděna.

Amenorea je významným diagnostickým vodítkem pro diagnózu mentální anorexie. Často to bývá první příznak, kterého si dítě nebo rodiče povšimnou a vzbudí jejich pozornost. To se samozřejmě týká dívek již menstruuujících. U dívek, které dosud nemenstruovaly, dochází charakteristicky k opoždění menarche. Naše klinická zkušenost ukazuje, že alespoň u části nemocných relativně časnější nástup menarche představuje určité riziko pro raný začátek onemocnění. Menarche je také spojena s rozvojem sekundárních pohlavních znaků, jejichž dřívější rozvoj může dívky zúzkostňovat a vést k zahájení dietních praktik.

Zjednodušená kritéria mentální anorexie pro dětský věk:

- úmyslný úbytek tělesné hmotnosti (např. vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, zneužívání projímadel),
- nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy,
- chorobné zabývání se hmotností nebo postavou.

Děti trpící mentální anorexií se zabývají hmotností podobným způsobem jako starší adolescenti. Extrémní zaujetí energetickým příjmem bývá u dětí nápadné v tom, že se stávají experty na potraviny a jejich energetickou hodnotu, mívají sešity s propočítanými hodnotami a rozepsanými dietami. Strach z přibírání je běžný, ale v dětském věku může být popírán, respektive vyjadřován nepřímo. Zvracení, které je volně vyvoláváno, je součástí způsobů, jak udržet nízkou hmotnost v případě, že dítě jí (např. když je donuceno dospělými). Cvičení u dětí zabírá někdy až několik hodin denně, a je-li dítě ve cvičení omezoováno, cvičí tajně např. v koupelně. Zneužívání laxancií bývá pozorováno spíše u starších pacientů.

Mentální bulimie

Typickým věkem počátku mentální bulimie je 17 - 18 let, v dětském věku se vyskytuje zřídka. Mentální bulimie se často vyskytuje po epizodě mentální anorexie.

Kritéria poruchy:

1. Neustálé se zabývání jídlem, touha po jídle a přejídání velkými dávkami jídla během krátké doby.

2. Snaha potlačit výživný účinek jídla různými způsoby, například vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků, jako jsou anorektika nebo diuretika.

3. Je přítomný strach z tloušťky

Při vzniku mentální bulimie s tzv. raným počátkem poruchy bývají zmiňovány rizikové faktory spojené s výskytem afektivní poruchy, alkoholismu nebo obezity v rodině. Bývá také zmiňován vliv stresujících životních událostí a malá stabilita domova. Nebyly zjištěny významnější rozdíly v jídelní patologii u mladších a starších pacientů, ale u mladšího souboru bylo nalezeno více rizikových faktorů (např. častější výskyt depresivní poruchy v rodině).

Jaké jsou rizikové faktory vzniku těchto poruch?

Příčiny poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů představují vzájemnou interakci biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních faktorů. Rizikové faktory významné pro vznik poruchy mají kumulativní charakter. Některé rizikové faktory mohou být společné pro všechny formy poruch

příjmu potravy (například sociokulturní zaměření na tělo, štíhlost a diety), jiné rizikové faktory mohou být specificky vázané na odlišné formy poruch příjmu potravy (například rozdílné osobnostní a rodinné vzorce u anorektických nebo bulimických patientek).

Biologické faktory

Biologické faktory spolupodmiňují projevy onemocnění a představují rizikový faktor poruchy, který nabývá na významu až v souhrě s faktory psychosociálními. Dědičné okolnosti představují riziko, které je zřetelnější v rodinách s výskytem depresivních poruch, závislostí a obezity. Riziko vzniku poruchy zvyšuje ženské pohlaví a dále hruškovitá distribuce uložení tuku v těle.

Psychologické faktory

Psychologické faktory, které můžeme pokládat za rizikové pro vznik poruchy příjmu potravy, se týkají osobnostních rysů, zejména charakteru jejich emocionality a vztahů. Osobnostní profil bývá odlišný u patientek s mentální anorexií a bulimií. Anorekticky mívají rysy úzkostnosti, jsou perfekcionistické, zaměřené na výkon. Oproti tomu bulimičky bývají impulzivní, s projevy emocionální lability, s tendencí k depresi a sebepoškozování. Typické projevy se vyskytují v oblasti vývoje, kdy je v chování dítěte patrné silné, závislé a často ambivalentní obsazení emočně významných osob (rodičů), od kterých se obtížně separují.

Rodinné okolnosti

Rodinné okolnosti jako rizikový faktor vzniku poruchy příjmu potravy jsou nejčastěji vyjádřeny problematickou rodinnou interakcí. Jde jednak o formální znaky komunikace, jednak o obsah komunikace (např. zaměření na jídlo, diety, štíhlost). V této souvislosti připomínáme, že se již setkáváme s poruchami příjmu potravy v druhé generaci, tedy v rodinách, kde matka v minulosti touto poruchou trpěla, a dosud je zaměřena na štíhlost, dodržování diet a tzv. zdravou stravu. Toto své zaměření pak přenáší na své děti. Formální způsob komunikace může odlišovat rodiny s anorektickým dítětem (uzavřené, rigidní rodiny s důrazem na perfekcionismus a výkonnost) od rodin bulimických patientek (rodiny se znaky dezorganizace, nedostatečné pečující o děti).

Sociokulturní podmínky

Sociokulturní podmínky představují nepochybně jeden ze sice nespecifických, ale velmi důležitých rizikových faktorů pro vznik poruchy příjmu potravy. Současné práce předkládají údaje o zvyšujícím se výskytu poruch příjmu potravy v zemích západního světa v posledních desetiletích. Sociokulturní zaměření na štíhlost, diety, sebekontrolu a sebeovládání, prezentace ideálu krásy v časopisech pro ženy a dívky ovlivňuje i dívky mladšího věku. Ohroženy jsou zejména tzv. rizikové skupiny (gymnastky, baletky, modelky). Pro dospívající dívky bývá identifikace s tímto prakticky nedosažitelným ideálem štíhlosti poškozující a přinášející trvalou nespokojenost se sebou.

Co tyto poruchy vyvolává?

Výše uvedené rizikové faktory představují jak celospolečenské (sociokulturní), rodinné (rodinná konstelace), tak i individuální (např. osobnostní charakteristiky) pozadí pro rozvoj mentální anorexie a mentální bulimie. Kromě těchto faktorů

7. Příloha: Obrázek 1



Obrázek je přejatý z internetových stránek Blesk pro ženy.

8. Příloha: Obrázek 2



Obrázek je přejatý z internetových stránek Blesk pro ženy.